XLVII

6

EXPOSÉ

DES

TITRES & TRAVAUX

DU

Dr CARLIER

DE LILLE



LILLE
LE BIGOT FRÈRES, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
25, rue Nicolas-Leblanc, 25
1902

à Monsieur le Doyen Brouardel
membre de l'Institut
Respectueux hommage
L. C.

EXPOSÉ

DES

TITRES & TRAVAUX

DU

Dr CARLIER

DE LILLE



LILLE
LE BIGOT FRÈRES, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
25, rue Nicolas-Leblanc, 25
1902

I. — TITRES

Externe des Hôpitaux de Paris, 1879.
Interne des Hôpitaux de Paris, 1882.
Docteur en médecine, 1889.

Lauréat de la Société des Sciences de Lille, 1889.
Lauréat de la Faculté de Paris, 1890.
Lauréat de la Société de chirurgie de Paris, 1890.

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de Lille, 1891.
Agrégé des Facultés de médecine, section de Chirurgie (Concours de 1892),

---

Chargé du Cours complémentaire de médecine opératoire à la Faculté de Lille (1892-1901),
et de Clinique des maladies des voies urinaires à l'hôpital St-Sauveur (1895-1902).

Suppléant de M. le professeur Dubar à la Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité pendant les vacances scolaires (1892-1898).

Suppléant de M. le professeur Folet à la Clinique chirurgicale de l'hôpital St-Sauveur (Semestre d'été 1901).

Membre correspondant national de la Société de chirurgie de Paris.

Membre correspondant de la Société anatomique de Paris.

Membre associé de la Société belge de chirurgie.

Membre correspondant de l'Académie de médecine de Lisbonne.

Officier d'Académie, 1896.

Ancien Président de la Société centrale de médecine du Nord.

Vice-Président de l'Association française d'Urologie.

Membre du Comité d'administration de l'Association française d'Urologie.

Membre du Congrès français de chirurgie.

Membre du Comité de rédaction de l'*Echo médical du Nord*.

Collaborateur des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, dirigées par MM. Guyon et Lancereaux,

Membre du Comité de rédaction des *Monatsberichte für Urologie*, dirigés par MM. Casper et Lohnstein (Berlin).

NOTA. — Chargé depuis 1898, par M. le Ministre de France, à Bruxelles, de conférences mensuelles à la Société de la Croix-Rouge française de Bruxelles.

II. — ENSEIGNEMENT

I. — Enseignement de la médecine opératoire pendant neuf ans consécutifs (1892-1901).

Pendant ces neuf années de mon enseignement, je me suis efforcé de faire marcher de pair l'enseignement de la médecine opératoire proprement dite, celle qui intéresse surtout les élèves au point de vue de leur examen (ligatures d'artères, amputations, désarticulations, résections) et l'enseignement de la chirurgie opératoire. Dans ce but une série de leçons a été consacrée chaque année à la chirurgie dite d'urgence, et en particulier, à la chirurgie de l'intestin. Imitant l'iniative prise par M. Tuffier à l'Ecole Pratique de Paris, j'ai utilisé pour ces démonstrations des chiens anesthésiés au chloroforme et les élèves ont pu en disposer pour leurs travaux pratiques. En outre, malgré les modestes et parfois insuffisantes ressources dont il dispose chaque année, le cours de médecine opératoire est aujourd'hui riche de cent cinquante dessins exécutés sur mes indications.

II. — Clinique des maladies des voies urinaires à l'Hôpital Saint-Sauveur (1895-1902).

Cédant à mes pressantes sollicitations, la Commission des Hospices de Lille, que je remercie encore ici de son bienveillant concours, m'autorisa en 1894 à ouvrir à l'Hôpital Saint-Sauveur une consultation externe pour les maladies des voies urinaires. La Commission faisait procéder en même temps à l'installation d'une salle spéciale pour y hospitaliser ce genre de malades. Ce nouveau service hospitalier fut ouvert à la fin de l'année 1894.

Depuis lors l'enseignement officiel de la Chirurgie urinaire a été donné à l'Hôpital Saint-Sauveur dans cette clinique dont l'importance s'est accrue d'année en année. Le service ne comprenait à l'origine que six lits d'hommes et une salle d'opérations de dimensions restreintes.

En 1896 le nombre des lits fut porté à douze. Enfin depuis un an la clinique comprend dix-huit lits, dont douze réservés aux hommes et six aux femmes.

Les douze lits d'hommes sont installés dans une salle nouvellement construite par les soins de la commission des Hospices et assez spacieuse pour pouvoir admettre aisément dix-huit lits.

En outre la clinique vient d'être pourvue d'une nouvelle salle d'opérations qui ne laisse rien à désirer comme dimensions, comme lumière et comme appareils à désinfection, principalement pour la désinfection de l'eau. Ce dernier détail a son importance, car il donne une grande sécurité pour faire préparer dans le service, avec une eau stérilisée à trois atmosphères, toutes les solutions à l'acide borique, au nitrate d'argent et au permanganate de potasse, dont on fait un si grand usage en chirurgie urinaire.

La clinique dispose d'un aide de clinique, d'un interne, de trois externes et le plus souvent d'un ou deux élèves bénévoles.

Il y est pratiqué une moyenne de cent opérations par an. Le nombre des consultations donnés à la consultation externe, qui n'était primitivement que de 2,000, atteint presque depuis deux ans le chiffre de 5,000.

L'enseignement qui a été fait depuis sept ans à la clinique des maladies des voies urinaires a visé à être surtout pratique. Les leçons ont été faites le plus souvent possible au lit des malades, de façon à mettre sous les yeux des élèves tous les cas intéressants provenant du service même ou de la consultation externe.

III. – TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ORDRE CHRONOLOGIQUE

1. Le doigt à ressort. *Thèse de doctorat*, Paris, 1889. Mémoire couronné par la Société de chirurgie de Paris.
2. Tumeur du tendon fléchisseur profond d'un doigt. *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, 1889
3. Traitement des abcès du foie. *Bulletin médical du Nord*, 1891.
4. Note sur un œdème local (enveloppes du testicule) au cours des maladies du foie. *Médecine moderne*, Paris, 1892.
5. La gangrène phéniquée. *Gazette des hôpitaux*, 1892.
6. Commotion cérébrale et médullaire. Rétention d'urine. *Thèse de Geffrier*, 1884.
7. Pathogénie et traitement des abcès urineux (en collaboration avec le Dr Arnould). *Gazette des hôpitaux*, 1892.
8. Amputation pour gangrène sénile du pied. *Bulletin de la Société anatomique*, 1892.
9. Rétrécissement large et abcès urineux. *Union médicale*, 1892.
10. Tuberculose primitive à marche descendante. *Bulletin de la Société anatomique*, 1892.
11. Contribution à l'étude du cancer de la prostate. *Bulletin médical du Nord*, 1893.
12. Traitement des rétrécissements de l'urètre. *Nord médical*, 1895.
13. La cystite douloureuse. *Nord médical*, 1895.
14. Laparotomie pour kyste dermoïde de l'ovaire. Marsupialisation. *Soc. de méd. du Nord*, 1895.
15. Des hématuries profuses au cours de la tuberculose de la vessie. *Soc. de méd. du Nord*, 1895.

16. Castration pour sarcome du testicule. *Soc. de méd. du Nord*, 1895.
17. Ostéomyélite prolongée du fémur d'origine traumatique. Réveil de la lésion après trente ans. *Soc. de méd. du Nord*, 1895.
18. Suture totale de la vessie après la taille hypogastrique pour calcul vésical. *Soc. de méd. du Nord*, 1895.
19. La clinique des maladies des voies urinaires de la Faculté de médecine de Lille. Son fonctionnement. Statistique opératoire. Le Bigot, Lille, 1896.
20. Nouveau cône fixateur pour l'introduction des sondes de Pezzer et de Malécot. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1896.
21. L'amputation du pénis cancéreux. *Soc. de méd. du Nord*, 1896.
22. Expulsion par l'urèthre de fragments de tumeur de la vessie. *Soc. de méd. du Nord*, 1896.
23. Castration pour cancer du testicule. *Soc. de méd. du Nord*, 1896.
24. Valeur de la résection des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate. *Association française d'Urologie*, Paris, 1896.
25. La prothèse testiculaire après la castration. *Association française d'Urologie*, Paris, 1896.
26. L'adénite sus-claviculaire cancéreuse dans le cancer de la prostate *Association française d'Urologie*, Paris, 1896.
27. Arthrotomie pour corps étranger du genou. *Soc. de méd. du Nord*, 1897.
28. La ponction sus-pubienne de la vessie dans la rétention aiguë d'urine. *Echo médical du Nord*, 1897.
29. Néphrotomie pour tuberculose du rein. *Soc. de méd. du Nord*, 1897.
38. Sarcome de l'utérus chez une fillette de 10 ans. *Soc. de méd. du Nord*, 1897.
31. Pseudo-hermaphrodisme. Hypospadias vulviforme. Restauration de l'urètre. *Soc. de méd. du Nord*, 1897.
32. Urétrostomie périnéale pour cancer du pénis. *Soc. de méd. du Nord*, 1897.
33. Volumineuse tumeur urineuse. *Soc. de méd. du Nord*, 1897.
34. Des opérations qui se pratiquent sur le testicule et ses annexes contre l'hypertrophie de la prostate. *Rapport lu à la 2e session de l'Assoc. franç. d'Urologie*. Paris, 1897.
35 De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein. *Association franç. d'Urologie*. Paris, 1897.

36. Les grosses tumeurs du rein. *Association franç. d'Urologie.* Paris, 1897.

37. Néphrotomie pour volumineux calculs coralliformes du rein. *Soc. de méd. du Nord,* 1897.

38. Cystocèle vaginale compliquée de calculs de la vessie. *Soc. de méd. du Nord,* 1898.

39. Suture totale de la vessie après la taille hypogastrique pour gros calcul oxalique. *Soc. de méd du Nord,* 1898.

40. Suture totale du rein après néphrotomie pour calcul. *Soc. de chirurgie.* Paris, 1898.

41. Nouveau mode de traitement du paraphimosis. *Soc. de méd. du Nord,* 1898.

42. Taille prérectale pour calcul en sablier. *Soc. de méd. du Nord,* 1898.

43. Cas type de hernie inguinale de la vessie. *Soc. de méd. du Nord,* 1898.

44. Volumineuse tumeur de la vessie enlevée par la taille hypogastrique. *Soc. de méd. du Nord,* 1898.

45. Les traitements de l'hydrocèle. *Écho méd. du Nord,* 1898.

45bis. Lipome du cordon spermatique. *Soc. de méd. du Nord,* 1898.

46 Cystite et diarrhée. *Assoc. franç. d'Urologie.* Paris, 1898.

47. L'orchi-épididymite comme symptôme primordial de l'infection urineuse. *Assoc. franç. d'Urologie.* Paris, 1898.

48. Dégénérescence cancéreuse de l'hypertrophie de la prostate. *Soc. de méd. du Nord,* 1899.

49. Abcès périnéphrétique collecté dans le scrotum et consécutif à une pyonéphrose ancienne. Néphrectomie sous-capsulaire. *Soc. de méd. du Nord,* 1899.

50. De l'influence de la section des cordons sur le testicule chez le vieillard. *Société de chirurgie,* Paris 1899.

51. Calculs développés dans un rein unique. Néphrolithotomie. *Soc. de méd. du Nord,* 1899.

52. Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. *Écho méd. du Nord,* 1899.

53. Diagnostic radiographique des calculs de la vessie chez l'enfant. *Soc. de méd. du Nord,* 1899.

54. L'amputation du pied par le procédé de Pasquier-Le Fort, *Soc. de méd. du Nord,* 1899.

55. De la néphrectomie sous-capsulaire d'Ollier dans les pyonéphroses anciennes. *Congrès français de Chirurgie,* Paris, 1899.

56. Traitement des calculs de la vessie chez l'enfant. *Association franç. d'Urologie*, Paris, 1889.
57. Hydronéphrose par calcul de l'uretère. *Association franç. d'Urologie*, Paris, 1899.
58. Prolapsus complet et irréductible du rectum, opéré avec succès par le procédé de Mikulicz. *Soc. de Chirurgie*, Paris, 1899.
59. Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. *Soc. de méd. du Nord*, 1900.
60. Urétrectomie pour rétrécissement traumatique de l'urètre profond. Nouveau mode d'abord de la région prostatique. *Soc. de méd. du Nord*, 1900.
61. Néphrectomie pour hydronéphrose. *Soc. de méd. du Nord*, 1900.
62. A propos d'un cas de rupture traumatique de l'urètre. Urétrorraphie immédiate. *Soc. de méd. da Nord*, 1900.
63. Résultat de la résection totale du cordon spermatique. *XIII[e] Congrès internat. de méd.* Paris, 1900.
64. Résultats de l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses urinaires. *XIII[e] Congrès internat. de méd.* Paris, 1900.
65. La suture totale de la vessie après la taille hypogastrique. *XIII[e] Congrès internat. de méd.* Paris, 1900.
66. Résultats éloignés des traitements opératoires dans l'hypertrophie de la prostate. *XIII[e] Congrès internat. de méd.* Paris, 1900.
67. Néphrotomie pour calcul du rein. Diagnostic radiographique. *Soc. de méd. da Nord*, 1900.
68. A propos de quelques cas de calculs de la région prostatique de l'urètre. *Société de chirurgie*, Paris, 1900.
69. De l'intervention systématique d'urgence dans les traumatismes de l'urètre avec urétrorragie. *Soc. de méd. du Nord*, 1900.
70. Avantages de l'incision en V de Proust, pour l'extraction des calculs de la prostate. *Soc. de chirurgie*, Paris, 1901.
71. Cancer de la prostate avec adénite cancéreuse sus-claviculaire. *Soc. de méd. du Nord*, 1901.
72. Policlinique de l'hôpital Saint-Sauveur. *Echo méd. du Nord*, 1901.
73. L'Université de Liège (En collaboration avec M. le Prof. Surmont). *Echo méd. du Nord*, 1901.
74. Néphrectonie pour tuberculose du rein. *Soc. de méd. du Nord*, 1901.
75. De l'expulsion spontanée par l'anus des calculs vésicaux chez l'homme. *Soc. de méd du Nord*, 1901.

76. Laparotomie pour kyste supra-tubaire. *Soc. de méd. du Nord*, 1901.
77. Néphrectomie pour tuberculose du rein. *Soc. de méd. du Nord*, 1901.
78. Double salpingectomie pour tuberculose des trompes. *Soc. de méd. du Nord*, 1901.
79. Kyste sessile de la paroi antérieure du vagin chez une jeune fille. *Soc. de méd. du Nord*, 1901.
80. Kyste pédiculé de la paroi postérieure du vagin. *Soc. de méd. du Nord*, 1901.
81. A propos de quelques calculs de la vessie et de leur traitement. *Soc. de méd. du Nord*, 1901.
82. Énorme calcul prostatique du poids de 200 grammes, extrait par la taille périnéale. *Soc. de Chirurgie*, Paris, 1901.
83. Large fistule vésico-vaginale, guérie en une séance par le procédé du dédoublement. *Soc. de méd. du Nord*, 1901.
84. Pathogénie et traitement du rein mobile. *Association franç. d'Urologie*, Paris, 1901.
85. L'opération de Bottini dans l'hypertrophie de la prostate. *Assoc. franç. d'Urologie*, 1901.
86. Considérations sur les fistules vésico-rectales chez l'homme. *Assoc. franç. d'Urologie*. Paris, 1901.
87. Absence congénitale du vagin. *Soc. de méd. du Nord*, 1901.
88. Abouchement des uretères dans le rectum par le procédé de Maydt. *Soc. de méd. du Nord*, 1901.
89 Néphrectomie pour tuberculose du rein. *Soc. de méd. du Nord*, 1901.
90. Valeur du morcellement dans la néphrectomie pour les grosses pyélo-néphrites tuberculeuses. *Soc. de méd. du Nord*, 1901.
91. Polielinique de l'hôpital St-Sauveur. *Echo méd. du Nord*, 1902.
92. Grossesse extra-utérine avec enfant mort. Laparotomie et marsupialisation du sac. Guérison. (En collaboration avec le D[r] Oui) *Société de chirurgie*. Paris, 1902.

Thèses

92. D[r] Lecoeuvre. Lille, 1895. — La gangrène phéniquée.
94. D[r] Pierchon. Lille, 1895. — Les grande hématuries au cours de la tuberculose de la vessie.

95. Dr Herlemont, Lille, 1896. — L'adénopathie cancéreuse sus-claviculaire dans le cancer de la prostate.

96. Dr Tamboise, Lille, 1896. — De l'emploi de la cocaïne dans la chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme.

97. Dr Bigot, Lille, 1897. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein.

98. Dr Brulant, Lille, 1897. — Nouveau mode de traitement du paraphimosis.

99 Dr Cassin, Lille, 1899. — De la taille hypogastrique d'emblée, dans les rétrécissements compliqués de l'urèthre.

100. Dr Boda, Lille, 1901. — De l'autogreffe du testicule après la section totale des éléments du cordon.

101. Dr Dubois, Lille, 1901. — L'atrésie du méat urinaire chez l'homme. Son importance pathologique.

102. Dr Castelain, Lille, 1901. — Traitement de l'hypertrophie de la prostate par l'opération de Bottini.

IV. — ANALYSE CRITIQUE

I. — ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Note sur un œdème local (enveloppes du testicule) **au cours des maladies de foie**. *Médecine moderne*, 1892.

Il s'agit de deux malades paludéens et sujets à des congestions passagères du foie. Les poussées congestives provoquaient un œdème des enveloppes du testicule, avec épanchement dans la tunique vaginale, soit d'un seul côté, soit des deux côtés à la fois.

Un de ces malades pouvait être considéré, à un certain moment, comme atteint d'une hydrocèle vulgaire, laquelle disparaissait en même temps que s'améliorait l'état du foie. Le fait se reproduisait souvent, avec ou sans œdème des bourses, accompagnant de près les poussées congestives de la glande hépatique. Il ne pouvait s'agir d'une transsudation séreuse généralisée, car l'ascite et l'œdème des membres inférieurs faisaient défaut.

M. le professeur Surmont rapporte un cas analogue dans son travail sur la toxicité urinaire dans les maladies du foie.

La prothèse testiculaire après la castration. *Association française d'Urologie*, 1re session, Paris, 1896.

L'idée de la prothèse testiculaire s'imposait au moment où on prônait la castration comme traitement de l'hypertrophie de la prostate. Je recommande de faire la résection de la tunique vaginale, puis de loger le testicule artificiel dans une loge spéciale qu'on ferme au catgut.

Les testicules artificiels en argent m'ont paru préférables

à ceux de soie, de caoutchouc ou de celluloïd, qui peuvent se laisser attaquer par les sécrétions locales. En outre, grâce à leur poids, ils se laissent moins facilement entraîner vers l'anneau inguinal par la rétraction de la partie correspondante des bourses.

De l'emploi de la cocaïne dans la chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme. *In* thèse Tamboise, Lille, 1896.

Cette thèse est un exposé de ma pratique pour l'anesthésie locale dans certaines opérations sur les organes génito-urinaires (hydrocèle, hématocèle, varicocèle, uréthrotomie). L'auteur décrit ensuite un procédé particulier d'anesthésie locale pour les circoncisions, procédé qui n'avait pas encore été décrit avant la publication de ce travail.

Il consiste dans l'insensibilisation de tout le prépuce par des injections sous-cutanées de cocaïne à 1/100 faites en couronne à la racine de la verge. Pour obtenir tout l'effet cherché, il faut que tous les filets nerveux qui aboutissent à la racine de la verge baignent, si je puis m'exprimer ainsi, dans la solution de cocaïne.

L'analgésie du prépuce est dès lors suffisante pour que la circoncision puisse se faire sans douleur, à l'exception cependant des quelques millimètres qui avoisinent le frein, et qu'il est nécessaire de toucher directement avec la solution de cocaïne.

Un des principaux avantages de ce procédé, c'est de pouvoir opérer sur des tissus absolument normaux, ce qu'on n'obtient pas avec les injections locales de cocaïne qui infiltrent et œdématient le tissu cellulaire.

Nouveau traitement de paraphimosis par la résection immédiate du sphincter préputial. *Société centrale de médecine du Nord*, 1897.

Le paraphimosis inflammatoire qu'on ne réduit pas en temps opportun, se complique d'accidents qui font de cette maladie, bénigne par elle-même, la cause de complications sérieuses parfois, d'assez longue durée toujours. La cause primordiale de tous ces désordres réside dans l'existence ancienne ou récente d'un phimosis. J'ai pensé qu'on mettrait le malade à l'abri de tous les accidents de paraphimosis en lui pratiquant la résection immédiate de l'anneau préputial entier.

Il suffit pour cela d'inciser circulairement la verge en passant en plein tissu sain, au devant et en arrière du sillon formé par le sphincter préputial, qu'il y ait ou non ulcération, et de réséquer au bistouri la rondelle de tissu comprise entre l'incision circulaire antérieure et la postérieure. On suture ensuite au catgut les bords de la plaie qu'on vient de créer. Le malade a subi par le fait une véritable circoncision qui le guérit définitivement de son phimosis et qui lève instantanément l'obstacle qui a provoqué ou provoquera les accidents du paraphimosis.

Plusieurs observations témoignent des avantages réels de cette méthode nouvelle de traitement.

Contribution à l'étude du paraphimosis. *In* thèse Brulant. Lille, 1897.

Thèse commentant le procédé ci-dessus décrit.

Traitement de la tuberculose de l'épididyme et du testicule. *Société centrale de médecine du Nord*, Juillet 1899.

Communication qui a trait à la différence qu'il faut établir au point de vue du traitement entre la tuberculose purement

épididymaire ou purement testiculaire. On ne doit pas hésiter à recourir à l'épididymectomie lorsque les lésions paraissent limitées à l'épididyme et commencent à envahir le canal déférent.

Il faut être aussi conservateur que possible en fait de substance testiculaire proprement dite à cause de la sécrétion interne du testicule, mais il y a des formes de tuberculose massive, dont je présente un cas à la Société, qui imposent la castration.

Tuberculose génitale primitive à marche descendante (Carlier et Thiroloix). *In Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1892.

Castration pour cancer du testicule. *Société centrale de médecine du Nord*, Juillet 1896.

Lipome du cordon spermatique. *Société centrale de médecine*, Octobre 1898.

Traitement de l'hydrocèle vaginale. *Echo médical du Nord*, Juin 1898.

Revue des différents traitements applicables à l'hydrocèle de la tunique vaginale. Je préconise la méthode sanglante, et de préférence, lorsque l'hydrocèle est de volume moyen, l'inversion de la tunique vaginale dont je rapporte cinq cas nouveaux.

De l'influence de la section des cordons sur le testicule chez le vieillard. *Société de chirurgie*, Paris, 1899. *Société centrale de médecine du Nord.*

Cette communication fut surtout faite pour prendre date. Elle concernait trois prostatiques âgés, auxquels j'avais sectionné la totalité des cordons sans qu'il en soit résulté, après trois mois, d'atrophie appréciable. Je mettais ces résultats en opposition avec l'atrophie si considérable que l'on observe chez les sujets jeunes opérés d'une hernie ou d'un varicocèle et auxquels on a sectionné involontairement l'artère spermatique au cours de l'opération.

Résultats de la résection du cordon spermatique, *XIII*[e] *Congrès international de médecine*, Paris, 1900.

De l'autogreffe du testicule après la section totale des éléments du cordon. *In* thèse Boda, Lille, 1901.

Dans ce travail, basé sur dix observations prises à la clinique des voies urinaires, l'auteur a voulu démontrer que la ligature ou la section en masse du cordon spermatique n'amène pas la gangrène ni l'élimination du testicule.

Il était intéressant de chercher l'explication de ces faits et de savoir comment se continue la vie testiculaire, l'organe une fois séparé de son cordon. Une circulation collatérale s'établit entre les artères honteuses externes et périnéales et les branches crémastériennes de la funiculaire. Mais le fait le plus saillant, c'est la coalescence qui s'effectue rapidement, après l'opération, entre les deux feuillets de la vaginale, ce qui rend plus féconde l'irrigation artérielle collatérale.

En fait, chez tous les malades opérés, on constate cette adhésion des tuniques de la vaginale. En outre le testicule

présente par la suite une consistance ligneuse tout à fait remarquable.

Quant à l'atrophie consécutive, elle est des plus variables. Nulle chez certains malades, surtout les malades âgés, elle se produit chez d'autres, mais toujours avec une extrême lenteur.

Parmi les observations qui sont rapportées dans le travail de M. Boda, il en est deux qui concernent des malades atteints de tuberculose épididymo-testiculaire. Contrairement à ce que fait M. Mauclaire, qui ne comprend pas dans des ligatures ou des sections le canal déférent ni la déférentielle, j'ai fait la section totale des éléments du cordon. La condition indispensable pour qu'il ne survienne pas, dans ce cas, d'élimination consécutive du testicule, c'est qu'il n'y ait pas de suppuration des lésions tuberculeuses lors de l'intervention. C'est là une expérience très concluante qui démontre que l'asepsie de l'organe est la condition absolue de la conservation du testicule après la section du cordon.

Ancienne hématocèle du testicule ayant nécessité la castration. *Société centrale de médecine du Nord*, 1895.

Epithélioma de la verge avec adénopathies cancéreuses inguinales. Amputation du pénis. Curage des aines. Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, Juin 1896.

II. — GYNÉCOLOGIE

Laparotomie pour kyste dermoïde de l'ovaire. Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, Mars 1895.

Cas typique de kyste dermoïde de l'ovaire survenu chez une jeune fille de 26 ans. Le kyste étant adhérent au rectum, à tout le cul-de-sac de Douglas et à une anse grêle, je réséquai une partie du kyste et je recourus à la marsupialisation du reste de la poche. Comme dans beaucoup de kystes dermoïdes, la poche renfermait un liquide huileux, une boule de cheveux, extrêmement tassés, du volume du poing et en outre une saillie osseuse, constituée par une sorte de maxillaire inférieur inclus dans la paroi même du kyste et sur le bord duquel on voyait très bien deux dents qui ressemblaient à des petites molaires.

Grossesse extra-utérine avec enfant mort. Laparotomie et marsupialisation du sac. Guérison. (En collaboration avec M. le Dr Oui. *Communication à la Société de Chirurgie*, Février 1902).

Il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital Saint-Sauveur, en Juillet 1901. La malade présentait les signes classiques d'une grossesse extra-utérine avec enfant mort. Ecoulements sanguins irréguliers suivant un retard dans le flux menstruel et coïncidant avec les phénomènes sympathiques de la grossesse et la perception des mouvements actifs du fœtus. Cessation des mouvements actifs après des douleurs comparables à celles de l'accouchement. Perception par

l'examen d'une tumeur contenant un fœtus macéré à côté de laquelle on délimitait l'utérus.

Un mois après la mort du fœtus, intervention : Laparotomie médiane et extraction d'un fœtus pesant 600 grammes. Marsupialisation et tamponnement du sac. Elimination spontanée du placenta sans la moindre complication.

Nous avons, en ce cas, appliqué les principes de prudence donnés par Pinard et Segond. L'extraction immédiate du kyste fœtal ou du placenta peut donner des résultats plus rapides ; mais elle expose l'opérée à de très graves dangers. La méthode que nous avons suivie est moins expéditive et moins brillante, mais donne à la malade une sécurité incomparable.

Large fistule vésico-vaginale opérée par le procédé du dédoublement. Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, Octobre 1901.

Cette fistule, présentant les dimensions d'une pièce de deux francs, fut guérie en une seule séance malgré l'étroitesse du vagin et les brides cicatricielles qui rendaient difficile l'abord de la fistule. Contrairement à ce que conseille M. Legueu, qui croit nécessaire de faire un plan de sutures vésicales et un plan de sutures des lambeaux vaginaux, je crois avec M. Ricard que la suture vaginale est suffisante.

Je n'ai fait que des sutures vaginales au fil d'argent, et ma malade a été guérie en quinze jours.

Kyste sessile de la paroi antérieure du vagin. *Société centrale de médecine du Nord*, Juin 1901.

Kyste pédiculé de la paroi postérieure du vagin. — *Société centrale de médecine du Nord*, 1901.

Sarcome de l'utérus ayant évolué en deux mois chez une fillette de dix ans. *Société centrale de médecine du Nord*, Mai 1897.

Double salpingectomie pour tuberculose des trompes — Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, Juin 1901.

Cette tuberculose des trompes tire son intérêt de ce que la malade était atteinte de tuberculose urinaire. Je lui avais enlevé un an auparavant le rein droit qui était bourré de cavernes tuberculeuses, mais la vessie avait été malade elle-même et l'était encore loin de la seconde opération subie par la malade. L'utérus était sain. J'ai considéré ce cas comme un type d'infection tuberculeuse génitale consécutive à une tuberculose urinaire.

Laparotomie pour kyste supra-tubaire. — *Société centrale de médecine du Nord*, Juin 1901.

III. — MEMBRES

Le doigt à ressort. *Thèse de doctorat,* Paris, 1889 (Ouvrage couronné par la Société de Chirurgie).

Nous avons eu surtout en vue, dans ce travail, l'étude de la pathogénie du doigt à ressort.

Décrit pour la première fois en 1850 par Nélaton et Notta, le doigt à ressort avait, depuis lors, fait l'objet d'un certain nombre de mémoires dont les auteurs arrivaient à des conclusions presque toujours identiques.

Théorie tendineuse. — On n'admettait qu'une seule cause possible de la maladie : la présence d'une nodosité développée par les tendons fléchisseurs des doigts. C'est ce qui paraissait ressortir nettement des expériences faites sur le cadavre par quelques auteurs, entre autres par MM. Menzel et Blum, et tous s'en rapportaient à l'opinion émise par ces deux chirurgiens.

Dans cette hypothèse, la nodosité développée sur le tendon s'accrochait, pendant les mouvements du doigt, à l'un des rebords naturels de la gaîne tendineuse, et provoquait ainsi le phénomène du ressort.

Ce qui avait fait si aisément admettre cette théorie de la nodosité tendineuse, c'est que, chez les sujets présentant un doigt à ressort, on a souvent très nettement, dans la paume de la main, à un bon centimètre au-dessus du pli digito-palmaire, la sensation d'une nodosité qui suit les mouvements des tendons fléchisseurs.

Nous avons été assez heureux pour pouvoir observer et suivre sept malades atteints de doigt à ressort. Au début de

nos recherches, nous avons cru tout d'abord, comme les auteurs que nous venons de citer, que les tendons fléchisseurs étaient en cause et qu'ils devaient présenter, au point spécifié plus haut, une nodosité.

C'est M. Poirier qui nous fit remarquer que l'on obtenait cette sensation de la nodosité tendineuse chez quelques sujets dont les doigts ne présentaient nullement le phénomène du ressort. Notre méfiance était de la sorte éveillée à l'égard de la nodosité, mais pas assez toutefois pour nous empêcher d'intervenir chirurgicalement chez deux malades qui présentaient à un degré extrêmement accusé, le signe de la nodosité (obs. X et XI). Dans ces deux interventions, les tendons fléchisseurs mis à nu au point même où l'on percevait la nodosité, furent trouvés absolument sains.

Le même fait s'est présenté deux mois auparavant à M. Quénu qui, opérant un pouce à ressort, fut surpris, une fois le tendon fléchisseur mis à nu, de ne pas constater l'existence d'une nodosité qu'il avait cru percevoir avant l'opération. Comme ces trois malades pouvaient être considérés comme des cas types de doigt à ressort, ils nous ont permis de conclure que *la nodosité perçue au toucher n'est qu'affaire de sensation, et n'implique nullement l'existence d'une tumeur du tendon.*

Les objections que nous avons formulées à l'encontre de la théorie tendineuse peuvent se résumer ainsi : la rareté extrême des tumeurs des tendons ; les intermittences du ressort, les cas de guérison subite de la maladie, la constatation d'une pseudo-nodosité sur des doigts qui n'ont jamais présenté le phénomène du ressort, enfin et surtout les résultats négatifs constatés par M. Quénu et par nous lors de trois interventions chirurgicales.

Explication de la sensation de la nodosité. — La sensation de la nodosité paraît due au déplacement, lors des mou vements des doigts, de l'angle de bifurcation du tendon

fléchisseur superficiel. Lorsque le doigt est dans l'extension, un pouce explorateur, placé à un centimètre environ au-dessus du pli digito-palmaire, repose à la fois sur les deux tendons fléchisseurs superficiel et profond. Mais que l'on fasse exécuter, au doigt exploré, un mouvement de flexion, les deux tendons fléchisseurs se déplacent simultanément et il arrive un moment où l'angle de bifurcation du fléchisseur sublime passe sous le pouce explorateur qui, dès lors, n'est plus en contact qu'avec le tendon fléchisseur profond. — Même phénomène, mais en sens inverse, au cours de l'extension du doigt ; le pouce explorateur n'a d'abord sous lui que le tendon du fléchisseur profond, mais bientôt il est, pour ainsi dire, soulevé par l'angle de bifurcation du fléchisseur superficiel ; ce dernier, s'interposant entre le pouce et le fléchisseur profond, provoque la sensation d'une petite nodosité évoluant sous le pouce explorateur.

Cette explication permet de comprendre pourquoi, dans la plupart des observations de doigt à ressort où il est fait allusion à la nodosité, celle-ci a été perçue à un point toujours le même, c'est-à-dire à un centimètre environ au-dessus du pli digito-palmaire.

Théorie articulaire. — Nous admettons, dans notre travail, qu'il existe des cas rares dans lesquels une articulation, atteinte d'arthrite rhumatismale, peut être déformée de telle façon que le doigt est à ressort lors des mouvements. Le fait a été plusieurs fois constaté sur des doigts ou orteils de sujets servant aux démonstrations cadavériques (Steinthal, König, Blum, Walther, Villar).

Nous avons émis, dans notre travail (p. 100 et suiv.), un certain nombre d'objections à la théorie articulaire défendue par M. Poirier.

Doigt à ressort idiopathique. Théorie du spasme fonctionnel. — Nous avons admis que, dans la grande majorité

des cas, le doigt à ressort est provoqué par une anomalie de la contraction musculaire, et qu'il s'agit d'un spasme fonctionnel. Il existe en effet une grande analogie entre les causes qui provoquent le doigt à ressort et celles qui engendrent les spasmes fonctionnels. Dans la plupart des observations, il est fait mention de diathèse rhumatismale, de traumatisme, et de fatigue fonctionnelle exagérée. Quant à la prédisposition nerveuse des sujets, nous l'avons retrouvée chez quelques-uns des malades observés par nous-même (tic, chorée, hystérie, névropathie).

La ressemblance clinique est d'ailleurs frappante entre le doigt à ressort et les spasmes fonctionnels, tels qu'ils ont été décrits par Duchenne (de Boulogne). De même que dans les spasmes fonctionnels, où le spasme ne survient qu'à l'occasion des mouvements voulus, de même un doigt à ressort ne présente le phénomène du ressort que pendant les mouvements du doigt exécutés sous l'influence de la volonté. Dans le spasme fonctionnel, toute fatigue des muscles atteints accroît l'intensité du symptôme ; dans le doigt à ressort, les mouvements répétés font naître ou rendent plus accusé le phénomène du ressort, et ils entraînent facilement une sensation de fatigue qui s'accroît rapidement si le malade persiste à reproduire le même mouvement. Dans l'une comme dans l'autre maladie, le symptôme peut être caractérisé, tantôt par une contraction anormale, mais indolente ; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, par une contraction douloureuse ; tantôt enfin par une véritable contracture du muscle qui préside au mouvement (obs. X, XII, XVII, etc.). Enfin le mode de début du doigt à ressort, les périodes de rémission ou d'exacerbation qu'il présente dans sa marche, *sa tendance à sieger sur deux doigts homonymes*, sa ténacité, son mode de guérison tantôt lente, tantôt subite et spontanée, tout cela constitue un faisceau de preuves bien suffisant, selon nous, pour affirmer que le doigt à ressort est un spasme fonctionnel.

Localisation du spasme dans le doigt à ressort idiopathique. — La difficulté toujours plus grande du mouvement d'extension comparativement à la flexion ; le siège des douleurs correspondant au trajet des fléchisseurs ; la constante de la production du phénomène du ressort pendant le mouvement d'extension, alors qu'il manque souvent dans la flexion ; la flexion permanente des deux dernières phalanges du doigt quand l'affection présente le type grave de contracture ; enfin, le mécanisme même du doigt à ressort, autorisent à conclure que les muscles atteints de spasme sont, pour les quatre derniers doigts, les muscles fléchisseurs sublime et profond, et pour le pouce, son muscle long fléchisseur propre.

Mécanisme du doigt à ressort idiopathique. — Ce mécanisme est facile à comprendre avec la théorie du spasme siégeant dans les muscles fléchisseurs. Il suffit de se rappeler que le tendon du fléchisseur sublime s'insère à la deuxième phalange, que l'on peut appeler la phalange enregistreur.

Si un doigt atteint de ressort est fléchi, et que le malade veuille l'étendre, il arrive un moment où le fléchisseur sublime s'oppose à la continuation du mouvement d'extension. La deuxième phalange éprouve alors un temps d'arrêt, mais, grâce à un effort énergique des extenseurs, le spasme cède, et la deuxième phalange achève brusquement son mouvement d'extension. La vitesse du mouvement final tient à l'excès de force déployée par les extenseurs : la résistance une fois vaincue, l'excès de force se transforme en vitesse.

Explication de l'immunité relative de l'index et du petit doigt. — Si l'index et le petit doigt sont plus rarements atteints, cela tient à ce que ces deux doigts sont pourvus de deux muscles extenseurs, alors qu'il n'existe qu'un seul muscle extenseur pour le médius, l'annulaire et le pouce.

Nature de la maladie. — Le doigt à ressort étant souvent *bilatéral* et *symétrique*, nous lui reconnaissons une origine nerveuse.

Nous nous sommes longuement étendu, dans notre travail, sur l'étiologie, la symptomatologie, la marche, le pronostic, le diagnostic et le traitement du doigt à ressort; nous donnons ici nos conclusions :

1° Le doigt à ressort doit être le plus souvent considéré comme une affection *idiopathique* que nous proposons de classer dans le groupe des *spasmes fonctionnels*.

Les muscles atteints de spasme sont : pour le pouce, le long fléchisseur propre, et pour les autres doigts, les faisceaux correspondants des muscles fléchisseurs sublime et profond.

2° Il existe un doigt à ressort *symptomatique*.

Dans les cas provoqués par une lésion de l'appareil vagino-tendineux, nous ne nous expliquons pas le mécanisme du ressort sans l'intervention d'un réflexe partant du point altéré de la gaine ou du tendon, et allant provoquer, chez un sujet prédisposé, le spasme du muscle pendant la fonction.

On s'explique, de cette façon, comment toute lésion de la gaine (obs. XV du professeur Lannelongue, fibrome de la gaine, obs. LV de Notta, etc.), du tendon (obs. LVI de Dumarest, obs. IX personnelle, tumeur du tendon, etc.) ou de la synoviale, peut faire naître le doigt à ressort.

Il n'existe peut-être pas un seul cas authentique de doigt à ressort dû au mécanisme invoqué par la théorie tendineuse (Blum-Marcano) ou par la théorie de l'engorgement du cul-de-sac de la synoviale (Notta).

(3° La variété *ostéo-articulaire* est rare ; elle a un aspect clinique différent des variétés précédentes.

Le ressort est produit ici d'une façon toute mécanique, sans intervention du spasme.

Tumeur du tendon fléchisseur profond d'un doigt. *Bulletin de la Société anatomique*, 8 Mars 1889.

Observation intéressante à plusieurs points de vue.

Les tumeurs des tendons sont extrêmement rares. M. Cornil les considère comme des curiosités anatomo-pathologiques. Le point d'insertion de la tumeur sur le tendon était ici très net. L'examen histologique, fait par M. Cornil, a démontré qu'il s'agissait d'une végétation fibreuse du tendon.

La tumeur siégeait sur le tendon fléchisseur profond du médius droit chez une jeune femme dont le doigt présentait les signes du doigt à ressort. L'ablation de la tumeur eut pour résultat de faire disparaître le phénomène du ressort ; la tumeur agissait ici en provoquant un réflexe, et non d'une façon mécanique, car la partie principale de la tumeur était située en dehors de la gaîne, le pédicule seul attenait encore au tendon.

Gangrène phéniquée. *Gazette des hôpitaux*, 1892.

Nous rapportons, dans ce travail, l'observation d'une jeune fille de 19 ans, entrée à l'hôpital St-Sauveur de Lille, pour une gangrène du gros orteil droit survenue après l'application de compresses imbibées d'une solution phéniquée.

Après une première intervention qui eut pour but l'amputation du gros orteil et du premier métatarsien, bien que le bistouri ait taillé en plein tissu sain, il se produisit une gangrène partielle des lambeaux.

Une deuxième intervention (amputation de Lisfranc) fut encore suivie d'un sphacèle partiel du lambeau dorsal au niveau du premier cunéiforme, qu'il fallut enlever consécutivement.

La gangrène phéniquée ayant fait l'objet d'une discussion à la Société de chirurgie en 1889, il nous a paru intéressant

d'exposer brièvement ses signes cliniques, qui sont ceux de la gangrène sèche, et de rechercher les causes de cet accident.

Il en est de l'acide phénique comme de tous nos antiseptiques, il est facile de le mal employer. Il se peut donc, bien que cela doive être une exception, que la gangrène ait été parfois engendrée par l'usage de solutions trop fortes ou mal préparées. Mais le plus souvent les solutions prescrites étaient à 1/50. Il faut alors incriminer soit la nature de la blessure, soit une prédisposition particulière du sujet.

Un fait paraît aujourd'hui bien établi, c'est que, de toutes les plaies soumises à l'action des bains phéniqués, celles qui se prêtent le mieux à l'éclosion des accidents gangréneux sont les plaies contuses, à bords mâchés, les plaies par écrasement.

Mais quelques observations concernent des malades qui n'avaient point subi antérieurement de traumatisme. Pour expliquer la gangrène survenue dans ces conditions, force est bien d'admettre une disposition particulière du sujet à être mal impressionné par telle médication qui laisserait indemme son voisin. Max Kortüm a émis l'hypothèse que l'acide phénique provoquait une trophonévrose particulière, remarquable simplement par la rapidité de sa marche. Cette hypothèse est d'autant plus admissible que l'acide phénique est connu depuis longtemps comme anesthésique local.

Mais il est d'autres raisons à invoquer. En effet, la gangrène phéniquée n'a guère été observée ailleurs qu'aux doigts ou aux orteils, c'est-à-dire là où la circulation se fait le moins activement.

Il nous est donc permis de tirer cette conclusion : si la gangrène doit survenir, elle choisira de préférence les tissus mal défendus par une vitalité moindre, les doigts écrasés, les orteils atteints d'onxyis, les territoires à engelures, les parties violemment contuses. Qu'il s'agisse d'une action directe sur le nerf, la chose est possible, probable même, mais c'est dans les conditions que nous venons de signaler, condi-

tions telles que la vie nerveuse du membre est au-dessous de la normale, que la gangrène aura le plus de chance de se produire.

La gangrène phéniquée. *In* thèse Lecœuvre, Lille, 1895.

Arthrotomie pour corps étranger ostéo-cartilagineux du genou d'origine traumatique. *Société centrale de médecine du Nord*, Janvier 1897.

La grande rareté des corps étrangers articulaires provenant d'une perte de substance des cartilages diarthrodiaux, rendait intéressant le cas que j'ai rapporté à la Société de médecine. A la suite d'une chute sur le genou, un jeune homme de 18 ans avait présenté les symptômes classiques des corps étrangers articulaires. On sentait le corps étranger, grâce aux intelligentes et patientes recherches du malade.

J'ai insisté sur l'avantage d'opérer à la cocaïne, sans anesthésie générale, dans ces cas où le chirurgien doit s'en rapporter au malade lui-même pour retrouver le corps étranger. L'acte opératoire est d'ailleurs réduit de la sorte au minimum.

Le corps étranger, cartilagineux d'un côté, osseux de l'autre, provenait sans aucun doute du rebord antérieur d'un condyle du fémur dont il s'était détaché lors du traumatisme.

Ostéomyélite prolongée du fémur datant d'un traumatisme de l'enfance. Réveil de la lésion trente ans après. Fracture spontanée de la cuisse. Amputation. Guérison. *Société centrale de médecine*, Juillet 1895.

Ce cas a été publié pour noter la transformation scléro-graisseuse qui avait envahi tous les muscles de la cuisse et les

vaisseaux. Bien que la lésion osseuse siégeât au tiers inférieur du fémur, j'amputai le plus haut possible, sous le trochanter. Les tissus étaient lardacés, ce qui constitua une difficulté énorme pour l'hémostase. Je conseille, dans des cas analogues, pour se mettre à l'abri d'une hémorrhagie primitive ou secondaire, de faire en même temps la ligature de l'artère fémorale à l'arcade crurale.

. . .

Gangrène sénile. Amputation. Guérison. *In Bulletins de la Société anatomique.* 1892.

Résultat de l'amputation du pied par le procédé de Pasquier-Lefort. *Société centrale de médecine du Nord*, Juillet 1899.

Beau résultat constaté dix-huit mois après l'opération : à noter l'absence d'atrophie des muscles gastrocnémiens.

IV. — VARIA

Prolapsus complet et irréductible du rectum. Ablation au bistouri par le procédé de Mikulicz. Guérison. *Société de chirurgie de Paris*, Février 1900 et Juillet 1900.

Les gros prolapsus complets du rectum se rencontrent assez rarement. Celui que j'ai présenté à la Société de chirurgie constitue, de l'avis compétent de M. Gérard Marchant, une pièce unique en France. La pièce apporte une preuve irréfutable à l'appui de la théorie défendue par M. Gérard Marchant qu'à côté des prolapsus de faiblesse, qui sont les plus fréquents, il existe un prolapsus de force.

Mon malade était âgé de 44 ans. La tumeur, irréductible depuis huit jours, mesurait, après long séjour dans le formol, 35 centimètres de circonférence et 14 centimètres de longueur. Je tentai en vain de réduire la tumeur, par la méthode du dévidement conseillée par Jeannel comme temps préliminaire de la colopexotomie.

L'exérèse au bistouri s'imposait dès lors, je la fis par le procédé de Mikulicz. J'ai insisté sur la facilité relative de suturer l'une à l'autre les moitiés antérieures des cylindres interne et externe, après l'ouverture prudemment faite de la séreuse péritonéale, mais j'ai fait remarquer la difficulté que rencontre le chirurgien pour faire la suture des moitiés postérieures des deux cylindres qui, une fois séparées de la tumeur, sont attirées vers la cavité pelvienne par la rétraction des éléments de fixation naturelle du rectum. Ce dernier temps de l'opération s'exécutera avec plus de facilité et de sécurité, au

point de vue de l'hémostase, en n'incisant pas la tumeur trop près du sphincter anal. A noter qu'il ne fut fait aucune restauration du sphincter anal qui avait recouvré, au bout de quinze jours, toute sa tonicité.

Commotion cérébrale et médullaire. Rétention d'urine. *In* thèse Geffrier : Troubles de la miction dans les maladies du système nerveux. Paris, 1884.

Traitement des abcès du foie (en collaboration avec M. le Professeur Folet). *Bulletin médical du Nord*. 1891.

V. — APPAREIL URINAIRE

La clinique des maladies des voies urinaires à l'Hôpital Saint-Sauveur. Son fonctionnement. Statistique opératoire. Lille, Le Bigot, 1896.

Compte-rendu de l'installation et du fonctionnement de la clinique pendant l'année 1895. J'y résume mon opinion sur quelques questions courantes (taille hypogastrique, urétrotomie interne, anesthésie, etc.)

REIN ET URETÈRE

TUMEURS

Les grosses tumeurs des reins. *Association française d'Urologie. 2e session.* Paris, 1897.

La chirurgie des tumeurs du rein a passé par des phases diverses dans l'esprit des chirurgiens. D'une part, la gravité de l'intervention, l'extrême fréquence des récidives dans un délai ordinairement très court après l'opération ; d'autre part, la marche souvent lente des tumeurs du rein, firent se poser aux chirurgiens la question de savoir si, étant donné une tumeur du rein d'un volume déjà notable, le malade n'avait pas à bénéficier davantage, au point de vue de la survie, d'une abstention chirurgicale que d'une intervention. Il me parut alors que, lorsqu'il s'agit de tumeurs

ayant déjà acquis un certain volume, l'abstention était préférable.

Ces réflexions m'avaient été suggérées par l'examen d'un malade qui portait une volumineuse tumeur du rein. La tumeur datait de dix ans, elle avait été jugée inopérable par le professeur Guyon, qui avait examiné le malade huit ans avant la date de ma communication.

L'état général du malade était encore excellent, la tumeur occupait tout l'hypochondre et le flanc gauches, empiétant même sur la ligne médiane. Tous les sept ou huit mois survenait une hématurie, ordinairement abondante, qui constituait pour le malade le seul symptôme apparent de sa maladie.

Autant il me semblait opportun de ne pas tenter la cure opératoire des grosses tumeurs du rein, autant je me montrais partisan de l'intervention, mais d'une intervention hâtive, lorsqu'on saisit la maladie tout à fait à son début. Je conseillais dans ce but l'incision lombaire lorsqu'on a des raisons de croire à un début de néoplasme. Cette incision permet d'explorer soigneusement l'état du rein. Elle est, dans certains cas favorables, le premier temps d'une néphrectomie ; sinon elle reste une simple incision exploratrice si l'intervention est jugée inopportune.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. *In thèse Bigot.* Lille, 1898.

Cette thèse est une mise au point des opinions qui régnaient alors sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs *malignes* du rein chez l'enfant et chez l'adulte.

En nous basant sur les statistiques, nous considérions que l'abstention devait être la règle chez l'enfant. Dans le jeune âge en effet, le néoplasme du rein évolue silencieusement, il provoque rarement des hématuries et son volume est déjà

considérable lorsque le chirurgien a l'occasion d'examiner l'enfant. L'acte opératoire lui-même est possible, mais la récidive à brève échéance étant presque fatale, nous conseillions l'abstention chirurgicale.

Les conditions nous semblaient un peu moins défavorables chez l'adulte. Il arrive que chez lui le néoplasme peut provoquer, dès le début, des douleurs, plus rarement une hématurie, qui font procéder à une palpation méthodique du rein et découvrir la tumeur à ses débuts. Dans ces cas, l'intervention chirurgicale est logique parce qu'elle est hâtive et que la tumeur n'a peut-être pas encore retenti sur les ganglions du hile du rein. Israël, intervenant dans ces conditions, a des cas de survie depuis neuf ans.

Mais de telles conditions si favorables se rencontrent rarement, car beaucoup de tumeurs du rein évoluent silencieusement à leur début, la douleur est souvent nulle alors, et lorsqu'une hématurie survient qui amène le malade au chirurgien, le néoplasme a déjà pris un volume ordinairement notable. Très fréquemment on peut constater l'existence d'un varicocèle. Or, ce varicocèle indique une propagation ganglionnaire, il revèle une tumeur déjà en extension (Legueu). Aussi conseillions-nous l'abstention dans tous les cas de tumeur, petite ou moyenne, s'accompagnant d'un varicocèle symptomatique. Non pas que l'opération fût difficile, mais parce que la récidive était presque fatale.

Nous opposions l'une à l'autre l'abstention et l'intervention au point de vue de la survie. Nous appuyant sur cette constatation que le cancer du rein a une évolution excessivement lente, nous citions, avec Guyon et Albarran, des cas en faveur de la non intervention lorsqu'on a affaire à des tumeurs présentant déjà un certain volume.

Cette opinion était l'opinion régnante en France, à cette époque. Mais nous avions soin de formuler que l'avenir de la chirurgie des tumeurs du rein résidait dans la précocité du diagnostic. Aussi conseillions-nous l'incision lombaire exploratrice dans tous les cas où on était en droit de soup-

çonner une tumeur du rein, alors que le néoplasme était petit, non accompagné de varicocèle et qu'il n'avait pas encore anémié le malade.

Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du rein. *Echo médical du Nord*, Mai 1899.

Étude critique provoquée par la publication de la thèse de M. Heresco, ancien interne du Professeur Guyon, sur la chirurgie des tumeurs du rein. M. Heresco a fait une statistique nouvelle avec les cas publiés à l'étranger, et donne 20 °/o de mortalité opératoire pour l'adulte, 17 °/o pour l'enfant. Je me range à l'opinion de M. Heresco en ce qui concerne la nécessité de recourir à tous les modes possibles d'exploration pour dépister le cancer au début. J'avais préconisé auparavant la palpation directe du rein par l'incision lombaire, mais je suis de l'avis de M. Heresco qui conseille, une fois le rein mis à nu, de l'inciser franchement d'un pôle à l'autre et d'explorer soigneusement les surfaces des coupes.

TUBERCULOSE

Néphrotomie pour tuberculose du rein. *Société centrale de médecine du Nord*, Mai 1897.

En présentant cette observation, j'ai voulu surtout établir l'influence considérable que peut avoir un rein malade sur la fréquence et la douleur des mictions. Chez un malade atteint de grosse pyélonéphrite tuberculeuse, les mictions tombèrent de cent quarante-quatre à trente en l'espace de vingt-quatre heures après une large néphrotomie et drainage de rein opéré.

De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein. *Association française d'Urologie*, 2e session, Paris, 1897.

Il est très fréquent, au cours des lésions du rein, d'observer simultanément des symptômes vésicaux qui, par leur bruyante allure et les douleurs qu'ils provoquent, pourraient faire naître l'idée de lésions importantes de la vessie. De toutes les maladies chirurgicales du rein, la tuberculose est peut-être celle qui a le plus d'influence sur la production de ce réflexe réno-vésical. Ce dernier est surtout très accusé lorsque le rein est atteint de tuberculose caverneuse et que les sécrétions purulentes s'accumulent dans l'organe, ou s'éliminent difficilement par le bassinet et l'uretère.

Tout invite d'ailleurs à supposer l'existence de grosses lésions vésicales, étant données la purulence parfois considérable des urines, les douleurs et l'extrême fréquence des mictions. Faire alors la part de ce qui est dû au réflexe réno-vésical ou aux lésions proprement dites de la vessie n'est pas toujours chose facile. Il faut, pour éviter l'erreur, se guider surtout sur la disproportion qui existe entre les symptômes subjectifs et la tolérance relative de la vessie à supporter l'exploration interne et externe.

Les malades que j'ai opérés et qui ont fait l'objet de cette communication étaient des types de l'influence du réflexe réno-vésical. La néphrotomie n'étant pas possible chez eux à cause de leur mauvais état général, il a suffi d'une large néphrotomie pour voir cesser en vingt-quatre heures tous les symptômes vésicaux qui constituaient le principal tourment de ces malades.

De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses urinaires. *XIII[e] Congrès International de médecine*, Paris, 1900.

Cette question a été discutée au Congrès après la lecture des rapports de MM. Saxtorph, Hogge et Pousson. Je me suis déclaré partisan du traitement chirurgical dans la tuberculose du rein. La néphrectomie, quand elle est possible, est bien supérieure à la néphrotomie. La première est radicale, la seconde palliative. La néphrectomie préserve en outre la vessie de la contagion par la voie descendante, ce que ne fait pas la néphrotomie.

Je me déclare moins partisan de l'intervention quand il s'agit de tuberculose de la vessie. C'est par le rein ou par l'appareil génital (prostate, vésicules) que la vessie se tuberculise. La suppression du rein est facile, il n'en est pas de même de la prostate. Aussi me semble-t-il préférable de s'en tenir au traitement médical dans la tuberculose vésicale d'origine génitale. La cystotomie est cependant indiquée lorsque la cystite est très douloureuse.

Dans la suite de la discussion, je mets mes confrères en garde contre la trop rapide élimination du bleu de méthylène injecté pour apprécier la valeur du rein supposé sain. Un de mes malades éliminait franchement son bleu en quatre heures. Il mourut le troisième jour après la néphrectomie pour tuberculose du rein droit. A l'autopsie je constatai que le rein gauche était atteint de dégénérescence amyloïde.

L'ablation de la totalité de l'uretère après une néphrectomie n'est pas nécessaire et cela aggrave l'opération. Je recommande même de ne pas enlever trop d'uretère parce que, si le moignon uretéral suppure par la suite, on le traitera plus commodément s'il est dans le flanc que s'il siège dans le pelvis.

Néphrectomie pour tuberculose du rein. Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, Avril 1901.

Néphrectomie pour tuberculose du rein. — Guérison. *Société centrale de médecine du Nord,* Juin 1901.

Néphrectomie pour tuberculose du rein. — Guérison, *Société centrale de médecine du Nord,* Décembre 1901.

Valeur du morcellement dans la néphrectomie pour volumineuse pyélo-néphrite tuberculeuse. *Société centrale de médecine du Nord,* Décembre 1901.

Dans ces diverses communications qui toutes se rapportent à la tuberculose du rein, j'ai prôné la valeur de la néphrectomie primitive comme méthode de traitement de la tuberculose du rein. Une série d'arguments plaide en faveur de l'ablation du rein malade : la lésion est le plus souvent unilatérale et elle est souvent primitive et d'origine sanguine. Les lésions ont une tendance constante à s'aggraver, et les produits tuberculeux, déversés à chaque instant dans la vessie, contagionnent cet organe.

Parmi les moyens qui peuvent le mieux renseigner sur la valeur fonctionnelle du rein supposé sain, je préconise l'emploi du bleu de méthylène injecté suivant la méthode d'Achard et Castaigne. Je cite deux cas où l'élimination du bleu cessa au bout de quelques heures après avoir présenté une intensité de coloration remarquable. Dans un cas suivi de mort, le rein supposé sain était atteint de dégénérescence amyloïde extrêmement prononcée.

La cystoscopie permet de diagnostiquer quel est le rein malade, lorsque la palpation et les douleurs n'ont pas suffisamment renseigné le chirurgien.

La néphrectomie pour tuberculose du rein doit être pratiquée par la voie lombaire, alors même que le rein présen-

terait des dimensions considérables. Je cite un cas où le rein ne put être amené dans la plaie à cause de son volume et de la fixation de son pédicule par la périnéphrite concomitante. J'enlevai le rein par morcellement après avoir isolé le champ opératoire avec des compresses absorbantes, et le malade guérit par seconde intention.

Pour éviter l'infection de la plaie, il est de toute nécessité de sectionner l'uretère entre deux pinces, de le sectionner au thermocautère et de le lier isolément, de préférence avec du catgut.

Un de mes opérés (Société de médecine, juin 1900) était en pleine éruption syphilitique lorsque je le néphrectomisai. Son cas était intéressant en ce sens que, ne pouvant supporter l'absorption du mercure avant son opération, il put se soumettre ensuite avec succès au traitement hydrargyrique.

HYDRONÉPHROSE

Volumineuse hydronéphrose par calcul de l'uretère. Néphrotomie. Guérison. *Association française d'Urologie.* 4e session, Paris, 1899.

L'hydronéphrose par calcul de l'uretère est d'une rareté extrême, au point qu'on n'en connaît que quelques cas. L'observation documentée que j'ai rapportée à l'Association d'urologie m'a paru être un type de cette maladie. Elle concerne un homme de 38 ans, porteur d'une volumineuse hydronéphrose occupant le tiers de l'abdomen. Lors de l'opération, je ne trouvai pas de calcul dans le bassinet, mais quelque temps après, le calcul était éliminé spontanément par la vessie et l'urètre.

Le liquide contenu dans la poche hydronéphrotique était

visqueux et roussâtre, analogue à celui qu'on observe dans les hydronéphroses anciennes.

Quatre ans plus tard le rein restait bien guéri, mais le malade continuait sa lithiase. Il était alors porteur d'un calcul de la vessie dont je le débarrassai par le broiement.

Néphrectomie pour hydronéphrose. *Société centrale de médecine,* Mars 1900.

Hydronéphrose d'abord intermittente, puis définitivement fermée. L'uretère était tortillé en S et fixé dans cette position par des adhérences solides. La poche hydronéphrotique était considérable ; le liquide qu'elle contenait renfermait à peine un gramme d'urée par litre. Malgré une injection sous-cutanée de bleu de méthylène faite un peu avant l'opération, le liquide ne présentait aucune trace de coloration.

Quel que soit le volume de la tumeur, la voie lombaire doit être préférée à la méthode transpéritonéale, car la première permet, après une exploration préalable du rein et de l'uretère, de recourir, au besoin, à une opération conservatrice en intervenant sur l'uretère (abouchement nouveau, déplissement).

CALCULS

Néphrolithotomie pour énormes calculs en chou-fleur du rein. *Société de chirurgie,* 1899, et *Société centrale de médecine du Nord.*

On pourrait dénommer petit rocher ce calcul qui a été présenté à la Société de chirurgie. Son poids était de 275 gr. Sa forme était celle d'un double chou-fleur. Les deux pédicules, mesurant l'épaisseur du pouce, étaient contigus l'un

à l'autre. Leur surface de contact était lisse et dure comme l'ivoire, ce qui faisait supposer que le pédicule intermédiaire aux deux masses calculeuses avait dû subir longtemps auparavant une fracture, et que c'est aux frottements répétés des fragments l'un contre l'autre qu'était due cette surface aussi lisse que la surface d'une articulation.

D'ailleurs, lors de l'examen du malade, la palpation du rein laissait percevoir un bruit particulier dû au frottement des deux pédicules l'un contre l'autre.

L'ablation de ces volumineux calculs fut difficile et amena un choc qui emporta le malade.

Néphrotomie pour calcul du rein. Diagnostic radiographique. *Société centrale de médecine du Nord,* Octobre 1900.

L'utilisation de la radiographie pour faire le diagnostic des calculs du rein est de date récente. Les calculs uratiques ne peuvent être décelés par les rayons X. Dans le cas présenté à la Société centrale de Médecine du Nord, le cliché permit de constater l'existence d'une tache blanchâtre au niveau du hile du rein. Dès lors il ne pouvait s'agir que d'un calcul oxalique ou phosphatique. Le calcul était en effet un calcul oxalique enveloppé d'une légère couche de phosphate.

Calcul de la substance propre du rein. Néphrotomie. Suture totale du rein. Guérison. *Société centrale de médecine du Nord,* Mars 1898.

Les calculs développés dans la substance même du rein sont très rares. En effet, c'est ordinairement au sortir du canalicule que le dépôt calcaire se forme et se cristallise. Mon malade souffrait de son rein droit depuis vingt ans, à ce point qu'il marchait le tronc fortement incliné du côté malade. Le calcul était situé en pleine substance rénale.

Ce fait constitue une preuve à l'appui de la théorie qui admet que les calculs inclus dans la substance rénale ont leur origine dans l'enfance.

Dans ce cas comme dans plusieurs autres cas analogues, je fis avec succès la suture de la plaie du rein au catgut.

Calculs développés dans un rein unique. Néphrolithotomie. Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, Mai 1899.

L'intérêt de cette communication réside dans ce fait que le malade avait un rein unique. Ce rein occupait sa situation habituelle, mais il était très hypertrophié.

Abcès périnéphrétique collecté dans le scrotum. Néphrectomie sous-capsulaire. Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, Mars 1899.

Il est tout à fait exceptionnel de voir le pus d'un abcès périnéphrétique se collecter dans les bourses en suivant le trajet du canal inguinal. J'ai observé le fait chez un homme que j'avais néphrotomisé deux ans auparavant pour une grosse pyonéphrose et qui avait conservé une fistule rénale purulente. Il en était résulté une périnéphrite scléro-graisseuse dont la partie inférieure suppura à un moment donné.

C'est alors que le pus se collecta dans le scrotum. Comme j'avais en vain essayé antérieurement de fermer la fistule, je fis une néphrectomie. Je retrouvai difficilement le rein, qui était tout petit et noyé dans une gangue considérable de périnéphrite scléro-graisseuse à laquelle il adhérait intimement. Cette coque périnéphrétique adhérait elle-même de toute part, aussi bien au diaphragme qu'au péritoine. La

néphrectomie sous-capsulaire d'Ollier était seule pratiquable.

La décortication du rein d'avec sa capsule propre fut des plus faciles ; un clamp fut laissé sur le pédicule.

La néphrectomie sous-capsulaire d'Ollier. *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1899.

Pathogénie et traitement du rein mobile *Association française d'Urologie*. 5e session, Paris, 1901.

Le rein est mobile chez un très grand nombre de femmes, il en est cependant peu qui souffrent de la mobilité de leur rein. Si le rein mobile est l'apanage presque exclusif de la femme, cela tient à la menstruation.

J'estime que la menstruation est le principal facteur étiologique du rein mobile et surtout de ses accidents, aussi est-ce surtout de vingt à quarante ans qu'on observe le rein mobile douloureux. Les reins mobiles qu'on observe chez les femmes âgées ne s'accompagnent plus alors de phénomènes douloureux. Un rein mobile, antérieurement douloureux, redevient silencieux lors de la disparition définitive des règles. C'est que la menstruction influence et congestionne le rein.

C'est au voisinage des règles que les femmes atteintes d'un rein mobile douloureux accusent les souffrances les plus vives.

Cette cause si nette de congestion passagère du rein ne se produisant pas chez l'homme, il en résulte que le rein mobile, assez rare d'ailleurs dans le sexe masculin, présente ici une allure toute différente.

L'hérédité du rein mobile me paraît indéniable. J'en cite comme exemple le cas de deux sœurs que j'ai opérées toute les deux, et qui étaient atteintes de rein mobile douloureux s'accompagnant de crises aiguës d'étranglement rénal. La

néphropexie a fait disparaître les accidents douloureux.

Un autre exemple concerne un frère et une sœur, ayant tous les deux un rein droit mobile douloureux.

Je cite un cas à l'appui de la théorie émise par Albarran et admise par Walsh et Comby, que le rein mobile doit être envisagé comme un stigmate de dégénérescence. Il s'agit d'une jeune fille qui est née avec une main droite pourvue d'un seul doigt.

Il faut se montrer sobre d'opérations pour remédier à la mobilité du rein. Une ceinture abdominale est le plus souvent suffisante, mais il ne faut pas hésiter à opérer les malades qui ont présenté des crises d'étranglement rénal, ou d'hydronéphrose intermittente ou de lithiase rénale.

La néphropexie peut se faire avec le catgut, mais à la condition d'employer du catgut très gros, et d'enrouler un catgut autour de la douzième côte.

Trois temps opératoires me paraissent recommandables pour la solidité de la fixation du rein, ce sont l'attache du rein à la côte, l'enlèvement d'un lambeau de la capsule propre de l'organe, et le tassement de la capsule adipeuse (Bazy) qu'on fixe ensuite le plus haut possible.

Abouchement des uretères dans le rectum par le procédé de Maydt. *Société centrale de médecine du Nord*, Mars 1901.

VESSIE

La cystite douloureuse (Leçon faite à la clinique de l'hôpital Saint-Sauveur. *In Nord médical*, Décembre 1895.

Suture totale de la vessie après la taille hypogastrique pour gros calcul urique. *Société centrale de médecine du Nord*, 1895.

Gros calcul oxalique. — Taille hypogastrique. — Suture primitive et totale de la vessie. — Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, Février 1898.

La suture totale de la vessie après la taille hypogastrique. *XIII*e *Congrès international de médecine*, Paris, 1900.

La suture primitive et totale de la vessie après la taille hypogastrique a été, depuis douze ans, envisagée d'une manière bien différente par les chirurgiens. La sécurité donnée par le drainage n'invitait pas à la fermeture totale de la vessie. Et cependant la suture primitive réussit toujours chez l'enfant, presque toujours chez la femme, et très souvent chez l'adulte.

La suture de la vessie doit être à deux étages, le plan profond au catgut, le plan supérieur, avec catgut ou soie, doit être exécuté à la Lembert.

La paroi musculo-cutanée de l'abdomen peut être reconstituée presque intégralement en drainant la cavité de Retzius.

La sonde à demeure après la suture totale n'est pas, selon

moi, toujours nécessaire, surtout chez l'enfant et la femme, bien que je l'aie toujours employée. Je cite deux cas où elle fut plus nuisible qu'utile. Ces deux cas sont très probants en faveur de l'étanchéité de la suture à deux étages que j'ai toujours employée.

Calcul de la vessie avec écorce de méthémoglobine. Taille hypogastrique. Guérison. *Société centrale de médecine du Nord,* Juillet 1901.

L'écorce des calculs est une écorce calcaire, quelle que soit la nature du calcul ; aussi a-t-on la sensation de toucher un corps dur lorsqu'on examine la vessie d'un calculeux avec l'explorateur métallique. Chez le malade présenté à la Société, l'explorateur donnait la sensation d'un corps résistant mais sans dureté. Je retirai de la vessie, par la taille hypogastrique, un corps noirâtre qui avait le volume d'une petite mandarine. Au centre se trouvait un calcul ayant le volume et l'irrégularité de surface d'une noix ; ce calcul était inclus dans une substance noirâtre et tassée, de douze millimètres d'épaisseur, qui formait écorce à la façon d'une véritable écorce d'orange.

L'examen fait par M. Gérard, professeur de pharmacie, démontra qu'il s'agissait de méthémoglobine. Cette particularité, tellement rare que je n'en connais pas d'autre exemple, ne peut s'expliquer que par la production d'hémorrhagies vésicales survenues à divers intervalles et qui ont permis l'enrobement de la pierre par des coagulations sanguines. Cet homme, âgé de trente-huit ans, portait sa pierre depuis l'âge de treize ans et n'en avait souffert que par petites crises très espacées.

Radiographie des calculs de la vessie chez l'enfant.
Société centrale de médecine du Nord, Octobre 1899.

La radiographie des calculs de la vessie est possible chez l'enfant à cause du développement du pubis et de la situation « abdominale » de la vessie dans le jeune âge.

L'épreuve radiographique montra deux calculs d'un volume moyen qui furent facilement broyés.

Traitement des calculs de la vessie chez l'enfant.
Association française d'Urologie, 4e session, Paris, 1899.

C'est une étude comparative basée sur vingt observations personnelles où sont étudiées les trois méthodes de traitement actuellement admises de calculs de la vessie chez l'enfant, à savoir : la taille hypogastrique avec drainage consécutif par l'hypogastre, la taille hypogastrique avec suture totale de la vessie et de la paroi abdominale, enfin la lithotritie.

Je conseille de rejeter complètement le drainage suspubien de la vessie après la taille hypogastrique, bien que les six malades ainsi drainés aient guéri.

La suture primitive et totale de la vessie après la taille me paraît le traitement de choix chez l'enfant qu'on opère par la méthode sanglante. Quatre petits malades ainsi traités ont guéri dans l'espace de sept à neuf jours.

La lithotritie fut pratiquée onze fois, avec succès. Je ne lui reconnais comme contre-indication que les dimensions excessives de la pierre et une étroitesse particulière de l'urètre de l'enfant.

Il faut prendre en considération bien plus le volume et surtout la forme du calcul que sa dureté, aussi est-il préférable d'avoir à broyer plusieurs calculs de volume moyen qu'un calcul très gros, car ce dernier ne pourra pas être saisi par les mors du lithotriteur.

La lithotritie, très peu employée en France, dans le traitement des calculs de la vessie, me paraît être la méthode de choix. Elle a le seul tort d'exiger une main exercée.

Expulsion par l'anus d'un gros calcul de la vessie chez un enfant. *Société centrale de médecine du Nord*, Mai 1901.

Ce calcul, en grande partie phosphatique, du volume d'une noix, avait ulcéré la vessie et était parvenu dans le rectum, d'où il avait fallu l'extraire. Le malade était alors âgé de sept ans. Vingt-cinq ans plus tard la fistule persistait et le malade était opéré avec succès pour une nouvelle pierre vésicale.

Les fistules vésico-rectales d'origine calculeuse chez l'homme. *Association française d'Urologie*, 5e session, Paris, 1901.

Lorsqu'il existe une communication entre les voies urinaires et la cavité intestinale, il en résulte forcément une infection qui prend des allures différentes suivant que la communication s'est faite en deçà ou au delà des orifices vésicaux des uretères.

L'infection des reins est fatale consécutivement à l'abouchement des uretères dans l'intestin, et l'on en est encore à la recherche du procédé opératoire qui créerait une barrière suffisante pour s'opposer à la pénétration des microbes de l'intestin par l'embouchure uretéro-intestinale.

Cette infection des voies urinaires supérieures peut ne se produire que tardivement ou présenter tout au moins une marche beaucoup moins rapide lorsque la communication a lieu entre le rectum et la vessie. Cela tient à la conservation des sphincters uretéraux qui protègent les uretères et les reins de l'infection microbienne ascendante.

Le malade qui fait l'objet de cette communication portait, depuis trente ans, une large fistule vésico-rectale. A l'âge de 7 ans, il avait souffert d'un calcul de la vessie ; ce calcul avait ulcéré et perforé la cloison vésico-rectale et avait été expulsé par l'anus. Ce calcul avait les dimensions d'une châtaigne ; depuis lors, une grande partie des urines était éliminée par l'anus et il arrivait parfois que des matières fécales sortaient par l'urètre.

Bien que ce malade fût porteur d'un nouveau calcul de la vessie au moment de mon examen, les symptômes urinaires, hormis la douleur, ne présentaient pas de gravité. Ce malade put subir avec succès une taille hypogastrique qui le débarrassa de son calcul et qui me permit de constater l'existence, sur la face postérieure de la vessie, d'une large fistule qui admettait le bout de l'index.

Ce fait est une démonstration péremptoire de l'heureuse influence de la conservation des sphincters urétraux pour défendre les reins contre l'invasion microbienne. Il est permis d'en conclure que le véritable moyen de préserver les reins après un abouchement des uretères dans l'intestin, consiste dans la conservation des sphincters uretéraux et de la partie avoisinante du trigone.

Cystocèle vaginale compliquée de calculs de la vessie.
Société centrale de médecine du Nord, Janvier 1898.

Observation curieuse concernant une vieille femme atteinte d'une volumineuse cystocèle avec chute de la matrice. Un pessaire à cuvette de Bornier ayant été conseillé pour maintenir l'utérus, des douleurs apparurent qui n'existaient pas avec l'utérus prolabé. L'exploration fit reconnaître dans la vessie la présence d'une quantité considérable de petits calculs dont la malade n'avait jamais soupçonné l'existence. L'évacuation des calculs put se faire aisément avec une grosse sonde métallique et l'aspirateur de Bigelow. Il y avait

256 calculs arrondis, d'un volume variant de celui d'un pois à celui d'un plomb de chasse.

Expulsion par l'urètre d'un important fragment de tumeur de la vessie. *Société de médecine*, Mai 1896.

Les urines renferment assez rarement des fragments de néoplasme de la vessie. Avant la découverte du cystoscope on attachait une grande importance, surtout en Allemagne, à l'élimination des fragments pour faire le diagnostic de néoplasme vésical. Le fragment que j'ai présenté à la Société de médecine avait le volume du pouce, l'examen histologique permit de constater que c'était un papillome. Le malade fut opéré quelque temps après avec succès. Le pédicule de la tumeur était implanté au voisinage du col de la vessie, ce qui expliquait comment, lors de la miction, la tumeur étant entrainée vers le col, un fragment avait pu se détacher et être entrainé par les urines.

Volumineuse tumeur du sommet de la vessie enlevée par la taille hypogastrique. Guérison se maintenant après deux ans. *Société centrale de médecine du Nord*, Mai 1898.

Il est exceptionnel qu'une tumeur ait son point d'implantation au sommet de la vessie. Celle que j'ai présentée à la Société mesurait le volume des deux poings. Bien que la vessie ait été largement incisée, il a fallu recourir au morcellement de la tumeur. Le pédicule était très court, et mesurait l'épaisseur d'une pièce de dix centimes. La guérison se fit sans incident. La tumeur était du sarcome.

Ce malade n'était âgé que de 22 ans ; il avait été pris d'hématuries pendant son service militaire, et j'avais assisté, avant son opération, à plusieurs crises d'urémie dyspnéique et gastro-intestinale.

J'ai revu ce malade deux ans après l'opération; sa guérison se maintenait. Ce fait corrobore ce que l'on sait concernant la récidive des néoplasmes de la vessie. Le sommet de l'organe est bien la région la moins dangereuse à ce point de vue.

Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. *Société centrale de médecine du Nord*, Avril 1900.

Il arrive trop souvent qu'on abandonne à eux-mêmes les malades atteints de tumeur de la vessie. J'ai essayé de démontrer que ces malades ont ordinairement à bénéficier de l'intervention chirurgicale. Sur trente malades, vingt ont accepté l'opération. La situation ultérieure des opérés ne fit pas regretter l'intervention. Les cas trop avancés ont vu leur situation s'améliorer par un curettage de la tumeur et par la création d'un méat hypogastrique qui fit cesser les douleurs et les hémorrhagies.

Les cas pris au début donnent des guérisons définitives lorsqu'on a soin de réséquer la tumeur en taillant en pleine muqueuse saine. Malgré un cortège de symptômes effrayants, on tombe parfois sur des tumeurs minuscules, de la grosseur d'un pois. J'en rapporte un cas où le malade faillit mourir d'hémorrhagie et où l'opération, suivie de suture totale de la vessie, fut idéalement simple.

Des hématuries profuses au cours de la tuberculose de la vessie. *Société centrale de médecine*, 1895.

Les grandes hématuries dans la tuberculose de la vessie. *In* thèse Pierchon. Lille, 1895.

La tuberculose urinaire provoque souvent des hématuries chez l'adulte. Mais lorsque la vessie est seule en cause, il est

rare que ces hématuries soient profuses au point de mettre en danger la vie du malade. Le cas rapporté dans le travail de M. Pierchon nécessita une cystostomie. Quelques heures après l'opération, l'hémorrhagie avait cessé.

Ces hémorrhagies ne sont pas sous la dépendance d'une ulcération d'un vaisseau. Elles sont d'origine congestive. L'inspection minutieuse de la vessie permit de constater l'existence d'un semis de granulations tuberculeuses recouvrant tout le trigone, mais il n'existait pas d'ulcération.

Diarrhée et infection urinaire. *Association française d'Urologie*, 3e session, Paris, 1898.

La bactériurie, telle que l'ont décrite Rovsing, Kroguis et Melchior, peut avoir son origine dans un état infectieux de l'intestin. Les cas que j'ai rapportés sont absolument démonstratifs.

Dans l'un, les altérations rectales, d'origine dysentérique, ont permis aux colonies microbiennes de l'intestin de contaminer directement la vessie par passage direct des microbes à travers la paroi recto-vésicale, et d'occasionner une cystite grave à forme hématurique. Ce fait cadre bien avec les expériences de Reymond démontrant la possibilité d'infections vésicales par passage des microbes à travers les parois.

Chez l'autre malade, l'intestin grêle était surtout en cause. Les microbes absorbés à la surface de l'intestin et transportés jusqu'aux reins par la circulation générale ont provoqué une bactériurie typique sans provocation de symptômes inflammatoires du côté de la vessie ou des reins.

De la ponction sus-pubienne de la vessie dans la rétention aiguë d'urine. *Echo médical du Nord*, Mars 1897.

Leçon clinique où sont surtout envisagées les indications et contre-indications de la ponction sus-pubienne de la vessie.

La ponction ne constitue jamais qu'une méthode d'attente. Elle ne présente aucun inconvénient chez les malades non infectés, surtout si la ponction est aspiratrice et capillaire. Au contraire, si le malade est franchement infecté, le mieux est de ne pas perdre de temps avec des ponctions répétées. L'incision sus-pubienne devient un traitement de choix s'il s'agit d'un prostatique, et l'urétrotomie externe s'impose chez un rétréci.

Cas type de hernie inguinale de la vessie. *Société centrale de médecine du Nord*, Mai 1898.

Ce n'est ordinairement qu'au cours d'une opération pour hernie inguinale qu'on fait le diagnostic de hernie concomitante de la vessie. Le cas que j'ai présenté à la Société est un cas type de cystocèle inguinale pure chez un homme de 66 ans. Cette hernie était survenue vingt-six ans auparavant à la suite d'un effort. La miction s'effectuait en deux temps, le malade devant, pour vider la vessie, comprimer la hernie avec la main. L'injection de liquide dans la vessie distendait la portion vésicale herniée et faisait réapparaître la tumeur inguinale. Il n'y avait ni entérocèle ni épiplocèle concomitantes.

L'âge du malade, son obésité, le peu de gêne qu'il éprouvait de sa hernie m'ont fait pencher pour l'abstention opératoire.

Nouveau cône fixateur pour l'introduction des sondes de Pezzer et de Malicot. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1896, et *Archives provinciales de chirurgie*, 1896.

Simple note sur un petit appareil qui facilite l'introduction des sondes de Pezzer et de Malicot.

PROSTATE

CANCER

Contribution à l'étude du cancer de la prostate. *Bulletin médical du Nord*, 1891.

Etude de deux cas de cancer de la prostate, l'un à marche rapide, l'autre à marche lente. L'une de ces deux observations est un type de cancer de la prostate. Cette maladie était alors encore relativement peu connue, la thèse d'Engelback n'avait paru que depuis peu de temps. Il était intéressant de discuter les divers traitements chirurgicaux proposés contre cette maladie si grave.

L'adénite sus-claviculaire cancéreuse dans le cancer de la prostate. *Association française d'Urologie*, Octobre 1896. *In thèse* Herlemont, 1896.

Ce fait est le premier publié en France de la manifestation d'une adénite sus-claviculaire dans le cancer de la prostate, depuis lors il a été constaté par quelques chirurgiens.

Le cancer de la prostate agit dans ce cas à l'exemple du cancer de certains viscères du tronc. Il suffit à lui seul pour provoquer l'adénite sus-claviculaire sans concomitance d'altération cancéreuse d'un autre organe. La constatation de cette adénite peut aider au diagnostic. Cette ennadénopathie sus-claviculaire doit faire craindre une évolution rapide du cancer.

Cancer de la prostate avec adénite cancéreuse sus-claviculaire. *Société centrale de médecine du Nord*, Mars 1901.

L'intérêt de cette communication est tout entier dans l'existence de l'adénite sus-claviculaire constatée chez ce malade.

La prostate était monstrueuse comme dimension, elle remplissait tout le petit bassin.

Dégénérescence cancéreuse de l'hypertrophie de la prostate. *Société centrale de médecine du Nord*, Mars 1899.

La transformation de l'hypertrophie de la prostate en épithélioma n'est connue que depuis le mémoire d'Albarran et Hallé, paru en 1897. La particularité de cette transformation de tissu, c'est qu'à côté de portions en dégénérescence épithéliomateuse, on voit d'autres parties dont la structure est celle de l'hypertrophie glandulaire typique.

J'ai conservé pendant longtemps, dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur, un malade prostatique chez lequel j'avais soupçonné la transformation épithéliomateuse d'une partie de sa prostate hypertrophiée. A l'autopsie on trouva une prostate énorme, grosse comme le poing. Le lobe médian était très developpé, il était constitué par un adéno-fibrome pur (examen de M. le Professeur Curtis). Par contre, dans les lobes latéraux, M. Curtis constata de nombreux îlots d'épithélioma.

La seconde particularité de cette pièce anatomique consistait dans la présence, en avant de l'urètre, d'une épaisseur notable de tissu prostatique.

Or, on sait que les anatomistes n'admettent l'existence que d'une portion insignifiante de tissu prostatique en avant de l'urètre.

Le symptôme clinique qui avait permis de soupçonner la transformation épithéliomateuse de cette hypertrophie de la prostate, fut l'apparition de douleurs dans les membres inférieurs, douleurs qu'on a souvent l'occasion d'observer chez les cancéreux prostatiques.

Valeur de la résection des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate. *Association française d'Urologie*, 1re session, Paris, Octobre 1896.

Au moment où fut faite cette communication, la résection des canaux déférents chez les prostatiques était en vogue. Les statistiques publiées à l'étranger annonçaient des succès presque merveilleux. J'opérai sept malades par ce procédé, et les résultats que j'obtins furent en complète discordance avec ceux publiés par mes confrères de l'étranger. Je crus dès lors pouvoir mettre en doute l'influence réelle de la résection des canaux déférents sur l'hypertrophie de la prostate. Les faits observés depuis lors ont confirmé cette opinion émise en 1896.

J'insistai en même temps sur l'inutilité des incisions pratiquées sur le trajet des cordons à leur sortie du canal inguinal. Une simple incision de trois centimètres, pratiquée près du raphé des bourses, après anesthésie locale à la cocaïne, permet de lier le canal déférent du côté correspondant. Il suffit d'effondrer ensuite légèrement la cloison des bourses pour lier le canal déférent du côté opposé. Un crin de Florence fermait la petite incision et les malades pouvaient se lever le lendemain de l'opération.

Des opérations qui se pratiquent sur les testicules et ses annexes contre l'hypertrophie de la prostate. *Rapport lu à l'Association française d'Urologie*, 2e session. Paris, 1897.

Les communications de Ramm, de White et de Pavone, sur le traitement de l'hypertrophie de la prostate par la castration et la section des canaux déférents (1893) eurent un grand retentissement dans le monde chirurgical. L'Association française d'Urologie mit cette question à son ordre du jour de sa

session de 1897 et me nomma son rapporteur. Voici la substance de ce rapport :

Castration chez les prostatiques. — En proposant la castration chez les prostatiques, Ramm et White établissaient à tort une analogie entre une prostate hypertrophiée et un utérus atteint de fibromes. Suivant ces auteurs, la castration double devait agir sur une hypertrophie de la prostate comme l'ancienne oophorectomie sur les fibromes de l'utérus. Ce raisonnement était déjà sujet à critique puisque les fibromes utérins s'observent pendant la vie génitale de la femme, alors que l'hypertrophie de la prostate apparait au déclin de la vie génitale de l'homme.

Les succès obtenus par Rhamm, White et d'autres chirurgiens établissaient cependant nettement les relations intimes qui existent entre la prostate et les testicules. Ce fait était d'ailleurs connu depuis longtemps. Godart, Curling, Gosselin et Harrison avaient démontré que « chez les personnes castrées, la prostate arrive à un état rudimentaire. »

Cette solidarité entre les testicules et la prostate ne s'accuse guère avant la puberté, car ce n'est qu'à ce moment que la prostate devient une vraie glande génitale, dont le développement marche avec celui du testicule.

Cependant le volume de la prostate n'est pas forcément en rapport avec celui des testicules. Ceux-ci sont énormes chez le taureau, le bouc et le bélier, alors que la prostate de ces animaux offre, par contraste, des dimensions minuscules.

La castration faite expérimentalement chez le chien permet de constater au microscope l'atrophie des éléments glandulaires de la prostate.

Chez les eunuques châtrés avant la puberté, la prostate ne se développe pas. Par contre la glande s'atrophie le plus souvent chez un sujet déjà pubère auquel on enlève les deux testicules. La castration unilatérale pratiquée sur un sujet

adulte peut être suivie d'une atrophie du lobe prostatique correspondant (Launois, Routier, Carlier).

C'est en se basant sur ces observations anatomiques et cliniques que l'on préconise la castration double comme méthode curative de l'hypertrophie de la prostate.

Un certain nombre de malades parurent être radicalement guéris, d'autres ne furent qu'améliorés, et les insuccès furent nombreux. Quant à la mortalité, elle était de 19 pour 100.

J'ai insisté sur l'impossibilité où l'on était de supputer à l'avance les chances de succès après une castration double. Celle-ci réussissait dans des cas où elle semblait contre-indiquée et échouait dans des cas qui paraissaient très favorables. L'explication de ces faits était impossible avec la théorie alors régnante qui attribuait à l'artério-sclérose les lésions de la vessie et de la prostate (Guyon, Launois).

L'action de la castration se comprenait au contraire, en considérant l'hypertrophie de la prostate comme une cirrhose hypertrophique d'origine glandulaire (Albarran). Mais la proportion du tissu glandulaire dans les prostates hypertrophiées est elle-même très variable ; dans les 2/3 des cas seulement il y a abondance de tissu glandulaire ; dans 35 cas sur 100 la prostate doit son hypertrophie à la production en excès de tissu conjonctif ou musculaire. La castration devant surtout influencer les hypertrophies prostatiques glandulaires, c'est à la clinique qu'il faut demander de quels éléments est constituée une prostate hypertrophiée. Un tel diagnostic ne pouvant reposer que sur des probabilités, il en résulte qu'on ne peut garantir au malade qu'il bénéficiera de la castration. Or, le sacrifice consenti vaut bien une compensation. C'est à cause de l'incertitude de ses résultats et de la répugnance qu'éprouverent toujours les malades à s'y soumettre que la castration double n'est pas appelée à un brillant avenir dans la cure de l'hypertrophie de la prostate.

Ligature et résection des canaux déférents chez les prostatiques. — Le testicule privé de son canal excréteur ne s'atrophie pas, tant qu'on respecte les autres éléments du cordon. Mais la résection bilatérale des canaux déférents amène une dégénérescence atrophique du tissu glandulaire de la prostate. Dès lors, bien que son influence sur la prostate fût inférieure à celle de la castration, la section des canaux déférents devait être mieux acceptée des malades. A vrai dire, cette petite opération donna des résultats plus discutables encore que ceux de la castration. Le plus souvent elle ne provoqua pas la diminution du volume de glande, mais elle parut conjurer les poussées congestives si fréquentes chez les prostatiques, au point que certains malades opérés en pleine dysurie, ont pu, au moment même de la section des déférents, évacuer spontanément une certaine quantité d'urine.

Pour expliquer une action aussi rapide, il faut admettre l'intervention du système nerveux. D'ailleurs Prjéwalski affirmait avoir provoqué l'atrophie de la prostate chez des chiens auxquels il avait simplement réséqué les nerfs du cordon spermatique, sans toucher au canal déférent.

J'en ai conclu que si la vasectomie paraît parfois influencer heureusement les prostatiques, c'est qu'il y a eu une section simultanée des nerfs du plexus spermatique. Et si la castration agit mieux et plus rapidement que la vasectomie, cela tient à ce que les filets nerveux du cordon sont tous intéressés lors de la section totale du cordon.

Comme pour la castration, pis encore qu'avec cette méthode opératoire, la vasectomie ne donna que des résultats très hypothétiques. Aussi, basant mon opinion sur la lecture de plus de quatre cents observations et sur les faits que j'avais personnellement observés, ai-je cru pouvoir conclure qu'il ne fallait fonder aucune espérance sérieuse sur la castration ni sur la vasectomie comme traitement curatif de l'hypertrophie de la prostate.

Résultats éloignés des traitements opératoires dans l'hypertrophie prostatique. *XIII[e] Congrès international de médecine*, Paris, 1900.

Dans cette communication, je passe en revue les traitements opératoires qui ont été proposés depuis quelques années contre l'hypertrophie de la prostate. On n'a plus guère recours à la résection des canaux déférents, dont j'avais dénoncé l'insignifiante valeur dans mon rapport de 1896.

La castration est de plus en plus délaissée, à cause de l'inégalité de ses résultats et qui ne sont pas en rapport avec le sacrifice consenti.

Je cite six cas d'angioneurectomie, c'est-à-dire de section de tous les éléments du cordon, artères, veines, nerfs et canal déférent. Non seulement cette section n'a pas provoqué de gangrène du testicule, mais c'est à peine si la glande séminale a subi l'atrophie à laquelle on était en droit de s'attendre.

Chez deux de ces malades seulement, les troubles urinaires ont été influencés. J'insiste sur ce point que ces deux malades n'avaient, l'un que 46 ans, et l'autre 50 ans ; ces malades étaient donc jeunes et au début de leur maladie.

J'émets cette opinion que les opérations pratiquées sur les testicules et le cordon ne constituent parfois que des moyens d'arrêt, mais non de guérison. Grâce à leur emploi il peut arriver que la maladie ne progresse plus. Mais je crois que ces opérations ne peuvent donner de résultats appréciables que si on y a recours tout au début de la maladie et chez des sujets jeunes.

Je cite des cas personnels, où la cystostomie avec drainage permanent a fait cesser des accidents de fièvre et de dépérissement contre lesquels j'avais inutilement lutté avec la sonde à demeure.

Enfin, j'émets des doutes sur l'avenir de l'opération de Bottini et sur la protatectomie, dont les statistiques opératoires étaient alors très chargées.

L'opération de Bottini chez les prostatiques. *Association française d'Urologie*, 5e session, Paris, 1901.

Le traitement de l'hypertrophie de la prostate par la section galvano-caustique de la glande (opération de Bottini) était presque inconnu en France avant la réunion du XIIIe Congrès international de médecine. En même temps que MM. Rochet (Lyon) et Desnos (Paris), j'expérimentai cette méthode en opérant huit malades atteints d'hypertrophie de la prostate. Aucun de ces opérés ne présenta de complication post-opératoire, bien que quelques-uns d'entre eux fussent un peu infectés.

Les résultats obtenus furent plutôt médiocres et en discordance avec les statistiques merveilleuses publiées par Bottini. Cette opération est d'ailleurs peu chirurgicale ; dans les cas heureux, elle ne lève que momentanément l'obstacle à l'émission des urines, elle n'empêche pas le développement ultérieur de la prostate.

Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la section galvano-caustique. *Thèse de* Castelain. Lille, 1901.

Ce travail est le plus complet qui ait paru sur ce mode de traitement de l'hypertrophie de la prostate.

L'historique et le manuel opératoire, presque inconnus en France, y sont traités avec beaucoup de détails. On y trouve résumées les opinions actuelles des chirurgiens étrangers auxquels l'auteur avait écrit dans ce but.

Aussi ce travail est-il déjà connu et apprécié, surtout en Allemagne, dans le monde des spécialistes.

URÈTRE

RÉTRÉCISSEMENTS

Traitement des rétrécissements de l'urètre. *Nord Médical*, Avril 1895.

Revue des méthodes actuelles de traitement des rétrécissements de l'urètre.

De la taille hypogastrique d'emblée dans les rétrécissements compliqués de l'urètre. *In* thèse de Cassin, Lille, 1899.

La dérivation des urines par la taille hypogastrique avec drainage, lors des lésions graves de l'urètre, permet au chirurgien de faire en toute sécurité toutes les opérations et restaurations urétrales commandées par l'état de l'urètre. Chez les malades infectés, les interventions sur l'urètre prennent plus de gravité que les opérations vésicales. Cette susceptibilité de l'urètre vis-à-vis des poisons de l'urine est réduite à son minimum lorsque les urines sont détournées de leur cours normal. Comme, d'autre part, le cysto-drainage constitue une opération simple et sans danger, il était tout naturel d'y recourir tout d'abord avant de s'attaquer à l'urètre.

Cette méthode de taille hypogastrique d'emblée, ne doit s'appliquer qu'à des cas exceptionnels, tels que gravité et surtout étendue des lésions de l'urètre, infection déjà ancienne avec lésions rénales et dépérissement de l'état général du malade. Les cas cités dans la thèse de M. Cassin répondaient

à ces indications, l'auteur les avait observés lui-même à la clinique des maladies des voies urinaires de l'hôpital Saint-Sauveur.

Pathogénie et traitement des abcès urineux. *Gazette des Hôpitaux*, 1892. (En collaboration avec M. Arnould, ancien interne de l'Hôpital Necker).

Lorsque parut ce mémoire, bien des points prêtaient encore à discussion concernant la pathogénie et le traitement des abcès urineux. Le tout récent article de Forgue paru dans l'important traité de chirurgie de Duplay et Reclus (1892) faisait encore intervenir un menu traumatisme, une fissure, une « crevasse » du canal pour expliquer la formation de l'abcès urineux aigu ou chronique. Par cette fissure se faisait une véritable instillation de l'urine dont les qualités plus ou moins septiques expliquaient le plus ou moins de gravité de l'abcès.

Nous avons été des premiers à combattre cette théorie exclusive de la brèche urétrale. Nous avons admis qu'il n'était point besoin d'une solution de continuité des voies urinaires pour voir se développer un abcès péri-urinaire. De même qu'on voit se produire un abcès péri-rénal sans la moindre éraillure de la capsule propre du rein, alors que cet organe est infecté, de même un abcès péri-urétral peut se former sans que l'urètre présente la moindre fissure.

Pour expliquer le développement d'un abcès péri-urinaire, il faut faire intervenir une lésion de la muqueuse urétrale et un état septique des urines. Les altérations de la muqueuse sont ordinairement engendrées par un rétrécissement, et ces lésions rétro-stricturales sont d'autant plus accusées que le rétrécissement est plus étroit. La tension de l'urètre à ce niveau lors des mictions, le séjour permanent d'une petite quantité d'urine septique nous ont paru suffi-

sants pour expliquer ce passage des microbes à travers les parois de l'urètre, mal défendues par l'ancienneté des lésions ou la virulence du microbe. Nous expliquions de cette façon l'abcès urineux que nous appelions abcès urineux d'emblée, réservant la dénomination d'abcès urineux secondaire à celui qui a réellement pour origine une perforation de la paroi.

Volumineuse tumeur urineuse. Résection presque totale des bourses. Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, Octobre 1897.

Cette tumeur urineuse, présentée à la Société de médecine, mesurait les dimensions d'une tête d'enfant nouveau-né. Il était impossible de reconnaître les testicules au milieu de ces masses lardacées ravinées de sillons et criblées de fistules. Des rétrécissements multiples, derrière lesquels s'abritaient des calculs, étaient la cause de ces lésions. Pour enlever la tumeur, il fallut faire le sacrifice de la presque totalité des bourses et de la peau du périnée. L'urètre libéré fut incisé, débarrassé de ses calculs et réséqué au niveau des points rétrécis. La guérison fut complète.

Rétrécissement large complique d'abcès urineux. *Union médicale*, 1892.

Observation, curieuse pour l'époque, d'un abcès urineux survenu chez un malade de 65 ans dont l'urètre acceptait une boule N° 18. L'abcès était survenu sans cause occasionnelle.

Commentant ce fait et le rapprochant des rares observations publiées alors en France, je fis remarquer que cette complication d'abcès urineux dû à un rétrécissement large ne survenait que chez des malades âgés, ce qui tend à

prouver que les altérations subies par la muqueuse urétrale, en arrière de cette variété de rétrécissement, évoluent avec une extrême lenteur.

A propos d'un cas de rupture de l'urètre. Urétrorraphie immédiate, Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, Juin 1900.

Cas classique de rupture de l'urètre opéré dans les vingt-quatre heures. Je discute à ce propos la manière dont il faut se comporter avec les tissus du périnée, l'urétrorraphie étant faite. Je préconise la reconstitution immédiate des plans profond et superficiel du périnée, lorsqu'il n'y a ni infection ni contusion trop violente. Sinon le mieux est d'imiter les chirurgiens allemands qui, une fois l'urétrorraphie terminée, laissent cicatriser le périnée par seconde intention.

Quant au séjour de la sonde à demeure, il ne doit pas dépasser six ou sept jours en cas d'urétrorraphie complète.

De l'intervention systématique d'urgence dans les traumatismes de l'urètre avec urétrorragie. *Société centrale de médecine du Nord*, Février 1901.

La division classique des traumatismes de l'urètre, au point de vue du traitement, en cas légers, moyens et graves, me paraît une division toute artificielle et inacceptable. Chez deux malades adressés à la clinique des voies urinaires pour traumatisme de l'urètre avec urétrorragie, le cathétérisme fut fait très aisément et le périnée ne présentait pas de tuméfaction périnéale appréciable, à peine une légère ecchymose. L'intervention permit cependant de constater, dans les deux cas, une rupture grave de l'urètre, avec écart notable entre les deux bouts du canal.

On considère, à tort, comme cas bénin, un malade dont

l'urètre a peu saigné consécutivement à un traumatisme du périnée, mais qui admet facilement une sonde. Même dans ces cas, malgré l'apparente bénignité des symptômes, les désordres anatomiques peuvent être très étendus. Selon moi, tout individu qui, à la suite d'un traumatisme périnéal, a saigné par l'urètre et ne peut uriner seul dans le quart d'heure qui suit l'accident, doit être opéré, alors même qu'il n'y aurait ni tumeur périnéale, ni ecchymose. L'urétrorraphie est l'opération de choix.

Urétrectomie pour rétrécissement traumatique de l'urètre profond. Nouveau mode d'abord de la région prostatique. *Société centrale de médecine du Nord*, 1900.

Les interventions sur l'urètre profond, membraneux ou prostatique, ont toujours été considérées comme des opérations difficiles à cause du peu de jour que donne l'incision périnéale, quelle que soit la forme de l'incision. Pour opérer ce malade, qui avait eu une fracture du bassin dont il était résulté de graves désordres des portions prostatique et membraneuse de l'urètre, j'eus recours à l'incision préconisée en 1900 par Proust, pour aborder la prostate. Cette incision, en forme de V, dont une branche passe en avant et l'autre en arrière du sphincter anal, donne la possibilité de rabattre en arrière le rectum qu'on a désinséré de ses attaches normales. J'ai eu recours trois fois à ce procédé, et je n'ai pas remarqué qu'il y ait eu par la suite amoindrissement des fonctions du sphincter anal, malgré la section de nombreux filets nerveux destinés au sphincter.

Urétrostomie périnéale pour cancer du pénis. Amputation totale de la verge. Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, Juin 1897.

L'urétrostomie périnéale a été vivement critiquée lorsque M. Poncet publia ses premières observations, parce que le

chirurgien lyonnais la conseillait dans certaines affections urétrales, telles que les rétrécissements, que nous sommes habitués à guérir ou à modifier par des moyens moins radicaux. La méthode s'impose au contraire lorsque la verge est envahie par un épithélioma à marche progressive.

Chez le malade présenté à la Société de Médecine du Nord, j'enlevai non seulement toute la verge, mais encore tout l'urètre et les corps caverneux jusqu'au périnée.

Le méat périnéal fonctionna très bien, et il n'est pas douteux que la situation des malades pourvus d'un urètre périnéal est préférable à celle des cystostomisés, mais à la condition que leur vessie soit saine et ne provoque pas des mictions trop fréquentes. Car le port d'un appareil n'est guère pratique avec un méat périnéal, tandis qu'il s'adapte assez commodément à un méat hypogastrique.

L'orchi-épididymite comme symptôme primordial de l'infection urineuse chez les rétrécis. *Association française d'urologie.* 3e session, Paris, 1898.

Les malades sous le coup d'une infection urineuse peuvent présenter des manifestations rénales, pulmonaires, cardiaques, etc., qui sont d'observation assez courante. Dans les deux cas rapportés dans cette communication, l'infection urineuse a débuté par le frisson habituel, en même temps qu'apparaissait une orchite qu'on ne peut attribuer au cathétérisme, puisque les malades, atteints tous les deux d'un rétrécissement assez étroit de l'urètre, ne s'étaient pas sondés. L'infection, très violente chez l'un d'eux, ne céda qu'à une uréthrotomie interne. Cette manifestation épididymo-testiculaire, comme symptôme primordial de l'infection urineuse, doit être attribuée à l'état d'infection des voies urinaires, infection qui prenait sa source au niveau des lésions urétrales rétro-stricturales.

CALCULS

Enorme calcul prostatique. Taille périnéale. *Société de chirurgie*, Juillet 1901.

Ce calcul, qui pesait 200 grammes et qui avait la forme d'un gros galet, fut très péniblement extrait par la taille prérectale. Il siégeait dans la portion prostatique de l'urètre et avait provoqué une dilatation notable du col vésical, qui était directement appliqué sur la pierre. Sa dureté était telle que, même après son extraction, il fut impossible de l'entamer avec le grand brise-pierre de Dolbeau.

Quarante calculs urétro-prostatiques extraits par la taille périnéale. *Société de Chirurgie, 1901.*

Calcul de la prostate. Extraction par le périnée. Avantages de l'incision en V, de Proust. *Société de Chirurgie, 1901.*

Calcul vésico-prostatique en forme de sablier. Taille prérectale. Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, Mai 1898.

Les calculs en forme de sablier sont exceptionnels. Celui que portait le malade que j'opérai était exceptionnellement intéressant comme forme. Deux calculs ayant chacun le volume d'une amande étaient reliés entre eux par une portion très rétrécie, qui correspondait à la striction du col de la vessie.

C'est par la taille prérectale qu'il faut aborder les calculs de cette nature. Pour éviter la section parfois dangereuse du col de la vessie avec les branches du lithotome, je recommande, dans des cas analogues, de fracturer la pierre au niveau de sa portion rétrécie, d'enlever le fragment prostatique, et de procéder alors à la dilatation simple du col de la vessie, de façon à permettre l'extraction du fragment vésical.

MALFORMATIONS

Pseudo-hermaphrodisme. Hypospadias vulviforme. Restauration de l'urètre. Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, 1898.

Cas curieux de pseudo-hermaphrodisme observé chez un sujet de 18 ans. Inscrit à l'état-civil comme de sexe féminin, ce garçon avait toujours porté des vêtements de femme.

Il s'agissait d'un hypospadias vulviforme. A première vue les organes génitaux présentaient bien l'aspect ordinaire d'une vulve, avec grandes lèvres, poils abondants et clitoris exubérant. Mais il suffisait de palper et surtout de soulever ce qui simulait assez grossièrement le clitoris, pour reconnaître un pénis atrophié et fortement incurvé en bas par une bride solide.

Chacune des grandes lèvres renfermait un testicule très bien développé. Ce détail vient à l'appui de l'opinion émise par Guyon qu'il n'y a pas de rapport forcé entre le degré de l'hypospadias et l'atrophie des testicules, et que beaucoup d'hypospades sont pourvus de testicules normaux. Ce développement des testicules chez notre sujet rend compte de son apparence tout à fait masculine (voix, développement musculaire, poils sur tout le corps, démarche, vifs désirs pour rapports sexuels avec des femmes).

L'opération fut faite en deux temps, séparés par un intervalle de deux mois. Dans un premier temps, je fis la section de la bride sous-pénienne et le redressement de la verge. Je procédai plus tard à la restauration du canal.

Pour reconstituer en même temps l'urètre et rendre aux bourses leur forme habituelle, je taillai de chaque côté de la gouttière urétrale deux longs lambeaux qui se recouvrirent complètement l'un l'autre par leur face cruentée, de sorte qu'il n'y avait aucune surface saignante ni à l'intérieur

du canal ni à l'extérieur de la verge, des bourses et du périnée. La sonde à demeure fut retirée le quatrième jour. La guérison était complète au bout de huit jours.

Ce malade a été accepté depuis lors pour le service militaire. Les formes extérieures sont absolument normales, il en est de même de la miction et de la copulation.

L'atrésie du méat urinaire chez l'homme. Son importance pathologique. *In* thèse Dubois, Lille, 1901.

Travail fait avec des observations prises à la clinique des voies urinaires. Le rôle pathogénique du méat trop étroit est bien étudié dans cette thèse, surtout en ce qui concerne son action sur le blennorragie et les rétrécissements. L'auteur y rapporte, entre autres, une observation d'un malade rétréci entré dans mon service pour accidents graves d'infiltration d'urine, et chez lequel les lésions urétrales ont été singulièrement aggravées par l'existence d'un petit méat. Un assez grand nombre d'observations recueillies par M. Dubois à l'hôpital Saint-Sauveur démontrent nettement l'influence néfaste de l'atrésie du méat urinaire, que cette atrésie soit acquise ou congénitale.

Policlinique de l'Hôpital Saint-Sauveur. *Echo médical du Nord,* Janvier 1901.

Policlinique de l'Hôpital Saint-Sauveur. *Echo médical du Nord,* Janvier 1902.

TABLE DES MATIÈRES